

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

OBERDAN SILVA SANTOS, brasileiro, portador do RG nº 4121457 SSDS/PB e CPF nº 127-509.424-46, residente e domiciliado em Av. Dr. João Soares da Costa, 795, Cruz das Armas, João Pessoa-PB, CEP 58085-490

OUTORGADO:

FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO, brasileiro, casado, advogado, OAB/PB 14.839, estabelecido à Rua Rodrigues de Aquino, 230, Centro, João Pessoa - PB.

PODERES:

A quem confere poderes com a cláusula *ad judicium* para, como seus advogados, representar o outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extrajudicialmente.

PODERES ESPECÍFICOS:

A presente procuração confere aos outorgados poderes para, em nome do outorgante, confessar, negociar e transigir (art. 334, CPC), desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, requerer justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência (art. 105, CPC).

CONTRATO:

Concomitantemente com os poderes acima outorgados, o Outorgante aceita pagar aos advogados contratados honorários correspondentes a 30% (trinta por cento) do proveito econômico auferido pelo autor da ação (ou por composição amigável) apuradas em procedimento de execução, com as devidas atualizações até final pagamento, facultado aos advogados contratados requerer nos autos, que lhes sejam pagos diretamente os honorários a que lhe faz jus, por dedução da quantia a ser recebida pelo Constituinte, ora Contratante (art. 4º, Lei nº 8.906/94). Fornecimento de documentos e informações necessários ao bom e rápido andamento da ação, por conta do outorgante. As partes contratantes elegem o foro da cidade de João Pessoa - PB, para dirimir qualquer ação oriunda deste contrato.

João Pessoa, ____ de ____ de 20 ____.



OUTORGANTE

Paraíba
João Pessoa
Rua Rodrigues de Aquino, 55
Centro, CEP 58.013-030
Tel.: (83) 3566.3006

fidelis@fidelisadv.com

Maranhão
São Luís
Av. Colares Moreira, Nº 444, Sala 208-A
Renascença II, CEP 65.075-441
Tel.: (98) 3082.7466

1/1



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e do art. 98, da Lei 11.103/15.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

_____, ____/____/____.

x Oliverdom Silva Santos



SINISTRO 3190321483 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** OBERDAN SILVA SANTOS**CÔBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIFE

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO OBERDAN SILVA SANTOS**CPF/CNPJ:** 12750942446**Posição em 28-05-2019 15:19:24**

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/05/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00008.01.2019.1.02.050

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00008.01.2019.1.02.050, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:01 horas do dia 30 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Casa da Cidadania de Mangabeira - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaías Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Oberdan Silva Santos**, CPF nº 127.509.424-46, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Sem Informação, filho(a) de Lucimere Silva de Mello e Siderley dos Santos, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 18/04/2000 (18 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Doutor João Soares da Costa, Nº 795, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Upa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98839-1477.

Dados do(s) Fatos:

Local: Principal do Colinas do Sul, Mercadinho Ki Preço, João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/02/18 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

que O NOTIFICANTE TRAFEGAVA COM O PAS/VEÍCULO, TIPO MOTOCICLETA, MARCA E MODELO: SHINERAY XY 50 Q PHOENIX, ano e modelo; 2011/2012 de cor azul, placa : QFY 3036/PB, chassi nº LXYXCBL02C0213726 , registrado em nome de Julio Cesar Aciole de Sousa, CPF nº 700.949.174-77; QUE trafegava normalmente quando o pneu da moto veio a estourar fazendo com que o notificante viesse a perder o controle e caído ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 07/08/2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S82,0

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 fê.

João Pessoa/PB, 30 de janeiro de 2019.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


OBERDAN SILVA SANTOS
Notificante



Procedimento Policial: 00008.01.2019.1.02.050





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Oberdan da Silva Santos
DATA DE NASCIMENTO 18/04/00
NOME DA MÃE Lucimere Silva de Mello

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 979175 PRONTUARIO:100260
DATA DO ATENDIMENTO 06/02/17
HORA DO ATENDIMENTO 18:32
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura exposta da patela D.
CID 10 S82.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, com queixa de dor em joelho direito, dificuldade de movimento, ferimento corto-contuso em joelho D, glasgow 15. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX joelho D

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de patela D.

TRATAMENTO:

Fratura de Patela direita

ALTA HOSPITALAR: 08/02/17
DATA DA EMISSÃO: 07/08/2017 (2ª via emitida em 21/01/19)



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



Nome: <u>Obendim Silva Santos</u>		N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.: Leito:
Data de admissão: <u>06/22/17</u>	Alta: <u>06/22/17</u>	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação: <u>fratura exposta patela</u>			
Diagnóstico Definitivo:			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: <u>Rx pelvis / 12 eq</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Dr. João Henrique</u>			
Biópsias: <u>osteomielite crônica</u>			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não (x) Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologista:			
Condições de alta: Melhorado (x) Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>paciente evoluiu bem, sem complicações</u>			
Orientações Pós Alta			
Dieta:			
Repouso:			
Relativo em casa por, <u>60</u> dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, <u>30</u> dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>30</u> dias e com maior em, <u>100</u> dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa: <u>aproximadamente 10 dias</u>			
Retorno:			
Ao posto de saúde em <u>14 dias</u> para retirada de ponto.			
Ao ambulatório <u>30 dias</u> em 30 dias para revisão.			
João Pessoa <u>25 de 11</u>			
Ass. Médico/CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			





Identificação do paciente			
ID 1137229	Nome OBERDAN SILVA SANTOS	Sexo Masculino	
Data de nascimento 18/04/2000	Idade 16 anos 9 meses 28 dias	Estado civil	Religião
Mãe LUCIMERE SILVA DE MELLO		Pai SIDERLEY DOS SANTOS	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) ROSANGELA DOS SANTOS - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel 89	Fone Móvel 86247998	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4121457	Nº Cns 165840795390002	
Local de procedência		Tipo	UF
Email	Naturalidade SOLANEA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58079810	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO
Número SN	Complemento	Bairro GROTÃO	
Admissão			
Data e Hora 06/02/2017 18:32:11	Número da pulseira 1000004274871	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico		CID	
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA		Tempo 01min 03seg	

Imprimir

15/02/2017 10:10

06-02-2017 18:34

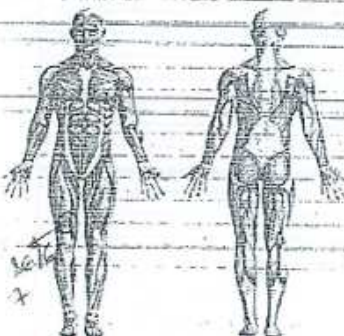


EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não ☐ Sim:MEDICAMENTOS: ☒ Não ☐ Sim:IMUNIZAÇÃO: ☒ Não ☐ Sim:PATOLOGIA: ☒ Não ☐ Sim:ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim:

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendinea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Parestia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Certo-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS:

☒ Radiografias torax D AP, P
☐ Ultrassonografia (FAST)
☐ Tomografia computadorizada

☐ Lavado peritoneal
☐ Gasometria arterial
☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1. <u>Exame físico</u>		
2. <u>Exame físico</u>		
3. <u>Exame físico</u>		
4. <u>SAT SQUIT IM.</u>		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer de: CRIOQUÍMICA

Solicito parecer de: _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA: _____

DA: _____

SAÍDA: _____

HORAS: _____

() Centro cirúrgico
 () Transferência (unidade de saúde)
 () Internado (setor)
 () Alta hospitalar
 () Óbito

() Decisão médica
 () Até 48 hs.
 () Após 48 hs.

() A pedido
 () Família
 () JURE
 () SVO

() A reavaliação
 () Desistência

ASSINATURA DO PACIENTE

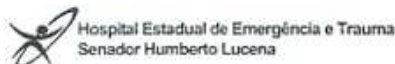
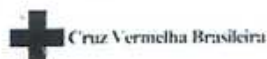
ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

F(NG).CG.001-1





AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 979175



Identificação do paciente			
ID 1137229	Nome OBERDAN SILVA SANTOS	Sexo Masculino	
Data de nascimento 18/04/2000	Idade 16 anos 9 meses 28 dias	Estado civil	Religião
Mãe LUCIMERE SILVA DE MELLO		Pai SIDERLEY DOS SANTOS	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) ROSANGELA DOS SANTOS - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel 89	Fone Móvel 86247998	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4121457	Nº Cns 165840795390002	
Local de procedência	Tipo		UF
Email	Naturalidade SOLANEA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58079810	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO
Número SN	Complemento	Bairro GROTÃO	
Admissão			
Data e Hora 06/02/2017 18:32:11	Número da pulseira 1000004274871	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA			



Imprimir

15/02/2017 10:10





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel: -

Boletim de Atendimento: 979175



Identificação do paciente

ID 1137229	Nome OBERDAN SILVA SANTOS	Sexo Masculino
Data de nascimento 18/04/2000	Idade 16 anos 9 meses 10 dias	Estado civil Religião Prontuário
Mãe LUCIMERE SILVA DE MELLO	Pai SIDERLEY DOS SANTOS	
Escondade	Responsável (Parentesco) ROSANGELA DOS SANTOS - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel 99	Fone Móvel 86247998	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4121457	Nº Cns 165840795390002
Local de procedência	Tipo	UF
Email	Naturalidade SOLANEA	CBO/R

Endereço

CEP 59079810	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Nossa Senhora do Rosário
Número SN	Complemento	Bairro Grotão	

Admissão

Data e Hora 06/02/2017 18:32:11	Número da pulseira 1000004274871	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X[]	Sangue[]	Urina[]	TC[]	Liquor[]	ECG[]	Ultrasonografia[]
Dados clínicos						

Diagnóstico

Atendido por
MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA

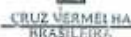
Tempo
01min 03seg

Imprimir



06-02-2017 18:31





1000004274871
OBERDAN SILVA SANTOS BE : 97917
DT NASC : 28/03/1988

1000004274871
DEARDAN SILVA SANTOS BE 979171
DT NASC 10/04/2000
MAE LUCIENE SILVA DE MELLO
END

END.: Rua Santa Rosa de N. S. N. - Gratos
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (88) 88247996
IACDE: 16
DT. ENTRADA: 06/03/2017 16:32:11

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		19/04/2009 NOME: LUCIENE SILVA DE MELLO END.: Nossa Senhora do Rosário N. 5N - Graças JOÃO PESSOA FONE: (1) CELULAR: (88) 86247996 IDADE: 16 DT. ENTRADA: 06/03/2017 18:22:11 Otopia Vulva de Amc Fun em yanku D AO Kp Kp de Zulu D HQ; R Exprota de Zulu D AO AO Bloco 1/770 Unidigis. Dr. André Cristiano Médico CRM 7905-RN/9714-PA LIFE ASSESSORIA 14 maio 2019 CORRETORA DE SEGUROS

Dr. André Cristiane
Médico
CEM: 7305-RN/9714-PR





Primeiro Atendimento Médico



1000004274871 BE 979175
OBERDAN SILVA SANTOS
DT NASC.: 18/04/2000
RAE: LUCINERE SILVA DE NELLO

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: IDADE:

END.: Nossa Senhora do Rosário
N. 54 - Grajaú
JORD PESSOA
PONE: ()
CELULAR: (09) 88247998
IDADE: 16
DT. ENTRADA: 06/02/2017 18:32:11

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de queda de moto, que vem
com dor em região do abdômen, dificuldade de movi-
mento do. Apresenta fêmur com contusão no fêmur
D.

PRIMÁRIO

A. AS ☒ Pêrvias ☐ Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☒ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA
☐ APNÉIA
AUSCUTA PULMONAR:
1- MURMÚRIO VESICULAR
HTD: ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente
HTE: ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente
2- RUJIDOS
☐ Sim
☒ Não
HTD: ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores
HTE: ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores
imp SaO₂ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pletórica ☐ Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: ☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria
PULSO: ☒ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente
AUSCUTA CARDÍACA
RÍTIMO: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
BULHAS: ☐ Normatonéticas ☐ Hipofonéticas
☐ Hipofonéticas ☐ Ausente
SOPRO: ☐ Presente ☐ Ausente
BE OU B4: ☐ Sim ☐ Não
FC: ____ bpm PA: ____ X mmHg T: ____ °C
ECG: ____

ABDOMEN: *Abundante, indolência palpável*

NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = ____ mm)
Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4 anos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA
Espontânea	4/ Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5/ Obedece aos comandos
A solicitação verbal	3/ Confuso / Chora, mas é consolável	4/ Localiza a dor
Ao contínuo estímulo	2/ Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3/ Retira o Membro
Nenhuma	1/ Sons incompreensíveis / Inquieto	2/ Flexão anormal (decorticação)
	Nenhuma / Nenhuma	1/ Extensão Anormal (decerebração)
		Nenhuma
TOTAL: 15		

F(NG).CC.001-1

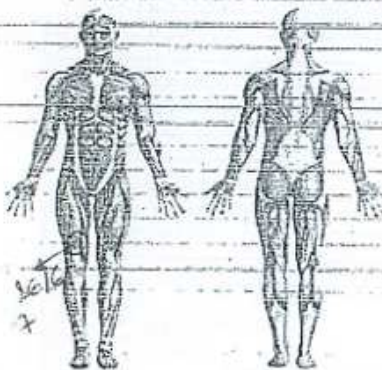


EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não ☐ Sim:MEDICAMENTOS: ☒ Não ☐ Sim:IMUNIZAÇÃO: ☒ Não ☐ Sim:PATOLOGIA: ☒ Não ☐ Sim:ALIMENTOS INGERIDOS: ☒ Não ☐ Sim:

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Erisema subcutâneo | 27 Movimento tórácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura:

☐ 1º grau☐ 2º grau☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias (foto D AP, P)☐ Ultrassonografia (FAST)☐ Tomografia computadorizada☐ Lavado peritoneal☐ Gasometria arterial☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUZAS E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

1	1º atendimento		
2	Exaturo - R. de queimadura		
3	Exaturo - 2º amp - 1º Mo		
4	SAT 500 UT - IM		
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer de: CRIOLOGIASolicito parecer de: CRIOLOGIA

DESTINO DO PACIENTE

☐ Centro cirúrgico☐ Transferência (unidade de saúde)☐ Internado (setor)

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

☐ Alta hospitalar☐ Óbito☐ Decisão médica☐ Até 48 hs.☐ A pedido☐ Após 48 hs.☐ A reavaliação☐ Família☐ Desistência☐ IMC☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

F(NG).CC.001-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: Oleander Silva Santos BE/Prontuário: 977175
Idade: 16 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: P Data: 06/02/2017
Clínica/Setor: Urgência EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Fr Exposta de Tabela D - tto cirurgico
Cirurgião: Dr João Henrique 1º Assistente: Dr André M R
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr David
Tipo de Anestesia: Rcqui Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fr Exposta de Tabela D</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>tto cir Fr Exposta de Tabela D</u>	



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

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Dr. André Cristiano
Médico
CRM: 7905-RN/9711-28

João Pessoa, 06/02/2017

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: 20 H de Anestesia Anestesia Antimélica Aplicação de Campos Estêreos
Incisão: Longitudinal Central, sobre a Tabela
Achados: Rx Expose de Tabela P.
Conduta: - Incisão Divulsa Redundante - Limpeza mecânica Exaustiva CI 5 FO, 9-1. - Redução Arterial + Fixação CI circunferencial sobre a Tabela sob Escopeco. - Limpeza CI 5 FO, 9-1. - Fechamento por Planos CI/Nylon 2,0 Pele CI/Nylon 3,0 - Curativo Estêril - Rx de Controle.
Fechamento: - TALA + UBO Jallheira
Observação: Expose gran I, OPTADO 70 A SÍNTese DEFINITIVA



Dr. André Cristiano
Médico
CRM: 7905-RN/9714-PB

João Pessoa, 06/02/2017.

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1





Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE		Ceburdan Silva Santos	
IDADE	16	BE	92917
CIRURGI	Trat em intern exp de Patela		
CIRURGIÃO	João Benedito Amaro		
ANESTESIA	Raquele		
ANESTESISTA	Dr. Michelle + Dr. Delisom		
INSTRUMENTADOR			
DATA	06/02/17	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA	INÍCIO 22:20 FIM 23:20
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)			
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()			
GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	
ALFENTANIL			
BUPIVACAÍNA ISOBARICA			
BUPIVACAÍNA PESADA			
CETAMINA			
DROPERIDOL			
ETOMIDATO			
FENOBARBITAL			
FENTANIL			
FLUMAZENIL			
ISOFLURANO			
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO			
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO			
LIDOCAÍNA C/ VASO			
LIDOCAÍNA S/ VASO			
MIDAZOLAN			
MORFINA			
NIMBÍUM			
PANCURÔNIO			
PETIDINA			
PROPORFOL			
RAMIFENTANIL			
ROCURÔNIO			
SEVOFLURANO			
SUXAMETÔNIO			
TIOPENTAL			
MATERIAIS CONT.		QTD.	
JELCO Nº18			
JELCO Nº20			
JELCO Nº22			
JELCO Nº24			
KIT SIST DREN TORACICA Nº			
LÂMINA BISTURI Nº11			
LÂMINA BISTURI Nº15			
LÂMINA BISTURI Nº23			
LÂMINA BISTURI Nº24			
LÂMINA DE DERMATOMO			
LÂMINA DE ENXERTO			
LUVA DE PROCEDIMENTO PAR			
LUVA ESTERIL Nº7,0			
LUVA ESTERIL Nº7,5			
LUVA ESTERIL Nº8,0			
LUVA ESTERIL Nº8,5			
MASCARA CIRURGICA			
MULTIVIAS			
PERFURADOR DE SORO			
SCALP Nº19			
SCALP Nº21			
SERINGA 3ML			
SERINGA 5ML			
SERINGA 10ML			
SERINGA 20ML			
SONDA ASP TRAQUEAL Nº8			
SONDA ASP TRAQUEAL Nº10			
SONDA ASP TRAQUEAL Nº12			
SONDA ASP TRAQUEAL Nº14			
SONDA ASP TRAQUEAL Nº16			
SONDA FOLEY 2VIAS Nº12			
SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
SONDA NASOG CURTA			
SONDA NASOG LONGA			
SONDA URETRAL Nº			
TORNEIRINHA			
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
TUBO SILICONE (LATEX)			
FIOS		QTD.	
FIO CAT GUT CROMADO Nº			
FIO CAT GUT CROMADO Nº			
FIO DE AÇO Nº			
FIO DE AÇO Nº			
FIO DE NYLON Nº			
FIO DE NYLON Nº			
FIO DE NYLON Nº			
FIO POLIGLACTINA Nº			
FIO POLIGLACTINA Nº			
FIO POLIGLACTINA Nº			
FIO POLIPROPILENO Nº			
FIO POLIPROPILENO Nº			
FIO POLIPROPILENO Nº			
FIO POLIGLECAPRONE Nº			
FIO SEDA Nº			
FITA CARDIACA			
MATERIAL ESPECIAL		QTD.	
CATETER DE PIC			
CIMENTO CIRURGICO			
CLIP TITÂNIO LIGADURA			
FIO DE KIRSCHNER Nº			
FIO DE KIRSCHNER Nº			
FIO STEINMAN Nº			
FIO STEINMAN Nº			
GRAMPEADOR CIRURGICO			
HEMOST ABSORVIVEL			
KIT DERIVA VENTRICULAR			
PROTESE VASCULAR			
KIT PAM			
FIXADOR EXTERNO			
EMPRESA			
PARAFUSOS CORTICAIS			
PARAFUSOS CORTICAIS			
PARAFUSOS ESPONJOSO			
PARAFUSOS ESPONJOSO			
PARAFUSOS MALEOLAR			
PARAFUSOS MALEOLAR			
PLACA			
PLACA			
EQUIPAMENTOS			
ASPIRADOR			
BISTURI ELETRO			
CAPNOGRAFO			
CARDIO MONITOR			
DESFIBRILADOR			
FOCO AUXILIAR			
FOCO CENTRAL			
MICROSCOPIO			
OXÍMETRO DE PULSO			
P.A. INVASIVA NÃO INVASIVA			
PERFURADOR ELÉTRICO			
SERRA			
CIRCULANTE			

244401





DATE 06-10-17

PRONTUÁRIO:

[illegible]

Р₂ - олефина
Углеродная



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-001



BERNARDINILVA SANTOS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 4.121.457

DATA DE
EXPEDIÇÃO 30/04/2013

NOME
OBERDAN SILVA SANTOS

FILIAÇÃO
SIDERLEY DOS SANTOS
LUCIMERE SILVA DE MELLO

NATURALIDADE
SOLÂNEA-PB

DATA DE NASCIMENTO
18/04/2000

DOC ORIGEM
CERT. NASC. Nº30.798 - LIV.A-30 - FLS.30V - CARTORIO
SOLÂNEA/PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.146 DE 29/08/83

GRANDE BRASÃO DO BRASIL



MINISTERIO DA FAZENDA


Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

127.509.424-46

Nome

OBERDAN SILVA SANTOS

Nascimento

18/04/2000

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simplificar pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 024.081.405



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-400
CNPJ 09.095.102 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.821-0

DADOS DO CLIENTE

BEATRIZ CONRADO DOS SANTOS
AV DR JOAO SOARES DA COSTA 795
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/492170-6

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

26/04/2019

CONSUMO

228

VENCIMENTO

06/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 166,73



destaque aqui

BEATRIZ CONRADO DOS SANTOS

Roteiro: 17-002-316-5370

83600000001-5 66730149000-5 04921702019-4 04600002019-1

Acesse: www.energisa.com.br

VENCIMENTO

06/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 166,73

MATRÍCULA

492170-2019-04-8



(83) 99811-5088



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 200.3.19.29183/01
			Data de emissão: 03/10/2019
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/10/2019
Número da guia: 200.2019.629183 Tipo da Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,63
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.012,60 Promovente: OBERDAN SILVA SANTOS - Taxa Judiciária: R\$ 177,19 - Despesas processuais postais: R\$ 13,01 Promovido: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.204,15
			Desconto total: R\$ 0,00
866600000123 041509283184 520191031209 031929183015 			Valor final: R\$ 1.204,15

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 200.3.19.29183/01
			Data de emissão: 03/10/2019
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/10/2019
Número da guia: 200.2019.629183 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,63
Promovente: OBERDAN SILVA SANTOS Promovido: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Detalhamento: - Despesas processuais postais: R\$ 13,01 - Cartas: R\$ 13,01			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.204,15
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 1.204,15

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 200.3.19.29183/01
			Data de emissão: 03/10/2019
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/10/2019
Número da guia: 200.2019.629183 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,63
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.012,60 Promovente: OBERDAN SILVA SANTOS - Taxa Judiciária: R\$ 177,19 - Despesas processuais postais: R\$ 13,01 Promovido: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.204,15
			Desconto total: R\$ 0,00
866600000123 041509283184 520191031209 031929183015 			Valor final: R\$ 1.204,15





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 200.2019.629183

Data Vencimento: 31/10/2019

Data Emissão: 03/10/2019

Comarca: Joao Pessoa

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: OBERDAN SILVA SANTOS

Promovido: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Valor da Causa: R\$ 11.812,50

Despesas Processuais: R\$ 13,01

Custas: R\$ 1.012,60

Taxa: R\$ 177,19

Total da Guia: R\$ 1.202,80

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.





Poder Judiciário da Paraíba
11ª Vara Cível da Capital

Vistos, etc.

1. Defiro a justiça gratuita;
2. Recebo a inicial vez que presente os requisitos previstos no art. 319 e seguintes do CPC;
3. Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, vez que se trata de ação de cobrança de DPVAT, onde a Seguradora somente concilia após realização de perícia, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação, nos termos do art. 139, IV do CPC/2015, Enunciado 35 da ENFAM e calcado direito fundamental constitucional à duração razoável do processo e dos meios que garantam sua celeridade de tramitação (art.5º, LXXVIII da CF);
4. Cite-se e intime-se (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e 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. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC;
5. Decorrido o prazo para contestação, intime-se a parte autora para que no prazo de quinze dias úteis apresente manifestação (oportunidade em que: I – havendo revelia, deverá informar se quer produzir outras provas ou se deseja o julgamento antecipado; II – havendo contestação, deverá se manifestar em réplica, inclusive com contrariedade e apresentação de provas relacionadas a eventuais questões incidentais; III – em sendo formulada reconvenção com a contestação ou no seu prazo, deverá a parte autora apresentar resposta à reconvenção);
6. Via digitalmente assinada deste *decisum* poderá servir como mandado.

Citações e intimações necessárias. Cumpra-se.

