

Cabral & Coutinho  
Advogados

**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:** Demilson Trindade Rodrigues, brasileiro (a);  
estado civil: divorçado; profissão: Agricultor; portador (a) do RG  
nº 318.3615, inscrito (a) no CPF sob o nº 088.964.554-05, residente e  
domiciliado (a) à Rua Belizário Pereira nº 43, Centro Cidade Salama, UF PB.

**OUTORGADO(S):** OS ADVOGADOS IRINA NUNES CABRAL DE PAULO – OAB/PB 12.554 e  
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO – OAB-PB 22.742, com escritório profissional  
estabelecido à Av. Coremas, nº. 172, bairro do Centro, Cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba –  
CEP 58.013-430.

**FINALIDADE:** Defender os direitos e interesses do (a) outorgante, nas causas administrativas e  
judiciais em que figura no pólo ativo ou passivo, em especial para representá-la junto a JUSTIÇA  
CÍVEL DA COMARCA João Pessoa - PB.

**PODERES:** Amplos e ilimitados poderes, com a cláusula “AD JUDICIA”, a fim de, em juízo ou fora  
dele, defender os direitos e interesses do (a) Outorgante, podendo, para tanto, formular pedidos,  
assinar petições e intimações, apresentar recursos nos Tribunais competentes e acompanhá-los até  
decisão final. Poderes especiais para peticionar junto a órgãos públicos, inclusive autarquias,  
empresas públicas e mistas, podendo, ainda, confessar, desistir, acordar, discordar, transigir, firmar  
compromissos e acordos, receber e dar quitação, levantar Alvará judicial enfim, praticar todos os  
atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer, com ou  
sem reserva de poderes.

Ficam os Outorgados autorizados, desde já, a proceder ao recebimento dos honorários profissionais  
na forma do artigo 22, § 4º, do Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil.

João Pessoa - PB, 13, de Março de 2019.

Demilson Trindade Rodrigues  
**OUTORGANTE**

Av. Coremas, 172, Centro, sala 01/02 – João Pessoa/PB  
Fone: (83) 3506-1910/98849-5530/98876-1635/99626-1510/99113-0753/99918-1400  
E-mail: ccf.advs@gmail.com



Cabral & Coutinho  
Advogados

**DECLARAÇÃO**

Pelo Presente Instrumento Particular:  
Benilton Tundo de Rodrigues, brasileiro (a); estado civil: solteiro; profissão: Agricultor; inscrito (a) no CPF nº. 088.964.554-05, portador (a) da cédula de identidade nº 318.3675, residente e domiciliado (a) na Rua Belizário Pessoa, nº 43, Centro cidade de Salina, UF PB.

Com fundamento no art. 1º da Lei nº 7.115/83, **declara** neste ato, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, para todos os efeitos legais, **ser pobre na acepção jurídica do termo**, enquadrando-se na concessão prevista na Lei nº 1.060/50 e posteriores alterações, pois a sua "situação econômica" não lhe permite pagar as "custas" do processo e os "honorários de advogado" **sem prejuízo do sustento próprio ou da família**.

João Pessoa - PB, 13 de março de 2019.

Benilton Tundo de Rodrigues

**DECLARANTE**

Av. Coremas, 172, Centro, sala 01/02 – João Pessoa/PB  
Fone: (83) 3506-1910/98849-5530/98876-1635/99626-1510/99113-0753/99918-1400  
E-mail: ccf.advs@gmail.com





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

NOME

3183675 09 DEZ 2003  
LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Valdery Pires Rodrigues

FILIAÇÃO

Maria das Dores Trindade Rodrigues

Solânea-PB

02.02.1980

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

Cert.nasc.nº 10.587, fls. 151, liv. A-

DOC ORIGEM

10-Cart. Solânea-PB

CPF

João Pessoa — PB

*M. M. M. M. M.*  
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CASA DA MOEDA DO BRASIL



MARIA NASARE AVELINO DA SILVA  
RUA BELISIO PESSOA, 43 - CENTRO  
SOLANEA / PB CEP: 58225000 (AG: 44)



Ligação MONOFÁSICO  
Cis/Sbc RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA  
Roteiro: 10 - 44 - 70 - 4950 Referência: Set / 2019  
Medidor: 00001127408 Emissão: 17/09/2019

ENERGISA PARAIBA - 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 031.184.487  
Cód. para Deb. Automático: 00003072352

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        | 17/09/2019   | 17/10/2019                       | 051.757.834-40  |

UC (Unidade Consumidora): 5/307235-2

#### Canal de contato

\* Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.  
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em [saude.gov.br/vacinebrasil](http://saude.gov.br/vacinebrasil)

| Anterior               |                               | Atual      |                                | Constante        | Consumo | Dias             |                             |              |      |      |
|------------------------|-------------------------------|------------|--------------------------------|------------------|---------|------------------|-----------------------------|--------------|------|------|
| Data                   | Leitura                       | Data       | Leitura                        |                  |         |                  |                             |              |      |      |
| 16/09/19               | 13333                         | 17/09/19   | 13367                          | 1                | 54      | 32               |                             |              |      |      |
| Demonstrativo          |                               |            |                                |                  |         |                  |                             |              |      |      |
| CCI                    | Descrição                     | Quantidade | Tarifa c/ Tributos Total (R\$) | Valor Base Calc. | Alíq.   | ICMS (R\$)       | Base Calc. Pis/Cofins (R\$) | Cofins (R\$) |      |      |
|                        |                               |            |                                | ICMS             | ICMS    | Pis/Cofins (R\$) | 0,9912%                     | 4,5676%      |      |      |
| 0801                   | Consumo até 30 kWh-BR         | 30,000     | 0,186360                       | 5,59             | 0,00    | 0                | 0,00                        | 5,59         | 0,09 | 0,26 |
| 0801                   | Consumo - 31 a 100 kWh-BR     | 24,000     | 0,336640                       | 8,07             | 0,00    | 0                | 0,00                        | 8,07         | 0,38 | 0,37 |
| 0801                   | Adic. B Vermelha              |            |                                | 1,04             | 0,00    | 0                | 0,00                        | 1,04         | 0,31 | 0,05 |
| 0810                   | Subsídio                      |            |                                | 17,56            | 0,00    | 0                | 0,00                        | 17,56        | 0,17 | 0,60 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS |                               |            |                                |                  |         |                  |                             |              |      |      |
| 0807                   | CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA     |            |                                | 7,50             | 0,00    | 0                | 0,00                        | 0,00         | 0,00 | 0,00 |
| 0805                   | ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2019 |            |                                | 0,05             | 0,00    | 0                | 0,00                        | 0,00         | 0,00 | 0,00 |
| 0808                   | Devolução Subsídio            |            |                                | -16,59           | 0,00    | 0                | 0,00                        | 0,00         | 0,00 | 0,00 |

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL: 23,52 0,00 0,00 32,58 0,22 1,49  
Tarifa s/ Tributos: Até 30 kWh 0,185460 Até 100 kWh 0,317940

Média últimos meses (kWh) 66 VENCIMENTO 06/10/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 23,52

#### Histórico de Consumo (kWh)

|        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 60     | 69     | 78     | 86     | 71     | 81     | 70     | 65     | 74     | 57     | 52     | 48     |
| Set/18 | Out/18 | Nov/18 | Dez/18 | Jan/19 | Fev/19 | Mar/19 | Abr/19 | Mai/19 | Jun/19 | Jul/19 | Ago/19 |

#### RESERVADO AO FISCO

1a6a.00eb.3aa8.1f9b.0989.7c50.af8c.a4e2.

#### Indicadores de Qualidade 7/2019 - BANANEIRAS

|                | Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V)                               |
|----------------|------------------|---------|----------------------------------------------------|
| DIC MENSAL     | 5,91             | 0,00    | NOMINAL 220                                        |
| DIC TRIMESTRAL | 11,82            |         |                                                    |
| DIC ANUAL      | 23,64            |         |                                                    |
| FIC MENSAL     | 2,36             | 0,00    | CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231 |
| FIC TRIMESTRAL | 6,92             |         |                                                    |
| FIC ANUAL      | 13,45            |         |                                                    |
| DMIC           | 3,46             | 0,00    |                                                    |
| DICRI          | 12,22            |         |                                                    |

#### Composição do Consumo

| Discriminação                    | Valor (R\$) | %      |
|----------------------------------|-------------|--------|
| Serviços de Dist. da Energisa/PB | 5,19        | 22,07  |
| Compra de Energia                | 7,43        | 31,63  |
| Serviço de Transmissão           | 0,17        | 0,72   |
| Energia Setorial                 | 0,76        | 3,27   |
| Impostos Diretos e Encargos      | 9,35        | 39,75  |
| Outros Serviços                  | 0,00        | 0,00   |
| Total                            | 23,52       | 100,00 |

Valor do EUSD (Ref. 7/2019) R\$ 6,65

#### ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) so lado continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 02/10/2019. Conforme Resolução 414/ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsidere essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.  
- Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.  
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 16,59.  
Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/19-Res ANEEL nº 2.598 - Alta Tensão - 4,40% Médio  
Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/19-Res ANEEL nº 2.598 - Baixa Tensão - 4,23% Médio

#### Faturas em atraso

|        |       |
|--------|-------|
| Ago/19 | 20,50 |
| Jul/19 | 22,95 |

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 06301.615172 9 80340000002352

PAGADOR: MARIA NASARE AVELINO DA SILVA - CPF/CNPJ 051.757.834-40  
RUA BELISIO PESSOA, 43 - CENTRO - SOLANEA / PB CEP: 58225000

| Nosso Nr.         | Nr. Documento   | Data de Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
|-------------------|-----------------|--------------------|--------------------|------------|
| 26249120006301615 | 000307235201909 | 06/10/2019         | R\$ 23,52          |            |

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 09.095.183/0001-40  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

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



Assinado eletronicamente por: IRINA NUNES CABRAL DE PAULO - 25/11/2019 12:03:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112512031871200000025580826>

Número do documento: 19112512031871200000025580826

Num. 26487183 - Pág. 1



**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

**N.º 104/2018**

**OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL**

**CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO**

**COMUNICANTE:** LENILSON TRINDADE RODRIGUES **ESTADO CIVIL:** CASADO **NATURALIDADE:** SOLÂNEA-PB **PROFISSÃO:** AGRICULTOR **DATA DE NASCIMENTO:** 02/02/1980 **IDADE:** 38 ANOS **RG:** 3.183675 SSP/PB **CPF:** 088.964.554-05 **FILIAÇÃO:** VALDERY PIRES RODRIGUES E MARIA DAS DORES TRINDADE RODRIGUES **ENDEREÇO:** RUA SANTA LUZIA, Nº. 136, BAIXIO, SOLÂNEA-PB. **TELEFONE:** 83-99173-3961 **GRAU DE INSTRUÇÃO:** ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO **COR DA PELE:** MORENO **DIA DO OCORRIDO:** 02/12/2018 **LOCAL DO FATO:** SOLÂNEA-PB.

**NARRATIVA:** LENILSON TRINDADE RODRIGUES AFIRMA QUE NO DIA 02/12/2018 POR VOLTA DE 10:30H QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/POP 110 DE PLACA QFP-6736/PB DE COR VERMELHA, DE PROPRIEDADE DO SR JOSÉ GILBERTO TRINDADE RODRIGUES JUNIOR, PELA CIDADE DE SOLÂNEA-PB, NAS PROXIMIDADES DO LOJÃO DO MOTOQUEIRO, COLIDIU CONTRA UM VEICULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO CONTRÁRIO E EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO VINDO A CAIR SOBRE O SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, ONDE TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 14:15H E SIDO DIAGNOSTICADO COM DIVERSAS LESÕES, CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA. POR ESTE MOTIVO NOTICIOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

COMUNICANTE: X

Lenilson Trindade Rodrigues



Elaborado por: **VANILDO WANDERLEY LINS FILHO**, Policial Civil.

Cabedelo-PB, 23 de dezembro de 2018

Vanildo  
**Vanildo Wanderley Lins Filho**  
Agente de Investigação-Polícia Civil  
Matrícula 156.268-1





**PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLÂNEA**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU - 192**

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins, que foi prestado ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 do município de Solânea – PB, à vítima Demilson Brundade Rodrigues portador de RG sob Nº 3183675 na cidade de Solanês e transferido para o Sl. de Emergência e Trauma donador Humberto Lucena na cidade de João Pessoa no dia 02 / 12 / 18.

Solânea, 02 / 05 / 19

*[Assinatura]*  
Enfermeira  
COREN-PB 317.166





**SAMU 192**

**FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USA:**

48

|                                   |                        |                                                 |                            |                                                                               |
|-----------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Data: 02.12.2018                  | Ocorrência Nº: 2274699 | Paciente / Usuário: Benilton Trindade Rodrigues | Idade: 38                  | Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. |
| Local da Ocorrência: BASE DO SAMU |                        | Bairro: centro                                  | Médico Regulador: Honorina |                                                                               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Apoio no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate / PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro: |
| DESTINO: LOCAL: H. Trauma JP                                                                                                                                                                                                                                    |
| RESPONSÁVEL: Dr. Leonardo Soares de Lima                                                                                                                                                                                                                        |
| Paciente Regulado: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                                                         |

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIO: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO. - TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| CINEMÁTICA / CAUSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| <input type="checkbox"/> QUEDA <5m <input type="checkbox"/> QUEDA >5m <input type="checkbox"/> QUEDA PRÓPRIA ALTURA <input type="checkbox"/> QUEDA DE MOTO: <input checked="" type="checkbox"/> SEM CAPACETE NO INCIDENTE <input type="checkbox"/> CAPACETE RETIRADO POR TERCEIRO                                              |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> COLISÃO FRONTAL <input type="checkbox"/> COLISÃO LATERAL <input type="checkbox"/> COLISÃO TRASEIRA <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> CARRO <input checked="" type="checkbox"/> MOTO <input type="checkbox"/> BICICLETA <input type="checkbox"/> CARRO X MOTO |  |
| <input type="checkbox"/> MOTO X MOTO <input type="checkbox"/> CARRO X ÔNIBUS <input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO <input type="checkbox"/> SEM CINTO DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> OUTRO:                                                                                                                              |  |
| <input type="checkbox"/> NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL: _____ OU DENTRO DO VEÍCULO: _____ AIR BAG NÃO ACIONADO <input type="checkbox"/> DIR. <input type="checkbox"/> ESQ.                                                                                                                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO GRAU: _____ <input type="checkbox"/> QUEIMADURA GRAU: _____ <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO <input type="checkbox"/> DESABAMENTO <input type="checkbox"/> FAB. <input type="checkbox"/> FAF.                                                                                      |  |
| <input type="checkbox"/> OUTRO: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE ESPORTE <input type="checkbox"/> AGRESSIVO FÍSICA                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| <input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO EXÓGENA: PICADA DE <input type="checkbox"/> ESCORPIÃO <input type="checkbox"/> ABELHA <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> ARANHA                                                                                                                                      |  |
| <input type="checkbox"/> ENVENENAMENTO POR: _____                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |

**EXAME FÍSICO MÉDICO**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Encontro: <input type="checkbox"/> DECÚBITO LATERAL <input checked="" type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL <input type="checkbox"/> SENTADO <input type="checkbox"/> DENTRO DE VEÍCULO <input type="checkbox"/> FORA DE VEÍCULO <input type="checkbox"/> DEAMBULANDO    |
| EM CIMA DE: _____ OUTRO: _____                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Nível de Consciência: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/> ALGO DESORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/> HÁLITO ETÍLICO <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SONOLENTO |
| INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> OUTRO: _____                                                                                                                                                                            |
| Queixa: <input type="checkbox"/> DOR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> PARESTESIA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> OUTRA: _____                                                                                                                                                 |
| LESÕES APRESENTADAS:                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES / LOCAL: MIB <input type="checkbox"/> FRATURA INCOMPLETA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> RUPTURA MUSCULAR / LOCAL: _____                                                                                                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> CORTE / LOCAL: FRENAL PARIAL <input type="checkbox"/> FRATURA COMPLETA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> CAÍMBRA / LOCAL: _____                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> DOR MUSCULAR / LOCAL: _____                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> FRATURA EXPOSTA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> EDEMA / LOCAL: _____                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> ENTORSE / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> HEMATOMA / LOCAL: _____                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> LUXAÇÃO / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> EQUIMOSE / LOCAL: _____                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> OUTRO: _____                                                                                                                                                                                                                                                        |

**DADOS VITAIS**

|                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| V.V.A.A. <input checked="" type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: FR INICIAL: _____ lpm FINAL: _____ lpm / PULSO RADIAL <input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE |
| FC INICIAL: _____ bpm FC Final: _____ dpm ESCALA DE COMA DE GLASGOW <input type="checkbox"/> >8 <input type="checkbox"/> <9 PAS (mm Hg): <input type="checkbox"/> >90 <input type="checkbox"/> <90                           |
| PADRÃO RESPIRATÓRIO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR - PERFURAÇÃO MMSS <input type="checkbox"/> < 2 SEGUNDOS - MMII <input type="checkbox"/> < 2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO: _____ % |

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

|                                                                      |                                                           |                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Diagnósticos de Enfermagem:                                          | <input type="checkbox"/> RISCO PARA CHOQUE                | <input type="checkbox"/> MUCOSA ORAL PREJUDICADA                     |
| <input type="checkbox"/> CAPACIDADE ADAPTIVA INTRACRANIANA DIMINUÍDA | <input type="checkbox"/> DESOBTURÇÃO INEFICAZ DAS VVA     | <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ                |
| <input checked="" type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA   | <input type="checkbox"/> DISREFLEXIA AUTÔNOMA             | <input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO TISSULAR CARDIOPULMONAR INEFICAZ |
| <input type="checkbox"/> CONFUSÃO AGUDA                              | <input type="checkbox"/> DOR AGUDA                        | <input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ       |
| <input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA               | <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA  | <input type="checkbox"/> TROCA DE GASES PREJUDICADA                  |
| <input type="checkbox"/> DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO                   | <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA | <input type="checkbox"/> VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE               |

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

|                                                                                                                                         |                                                                                |                                                                                                                                                            |                                                                                    |                                                                                     |                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> COLAR CERVICAL TAM: M9A                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> ESTABILIZADOR LATERAL DE CABEÇA            | <input checked="" type="checkbox"/> TIRANTES                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> PRANCHA RÍGIDA                                 | <input type="checkbox"/> KED                                                        | <input type="checkbox"/> TALAS DE EXTREMIDADES                |
| <input checked="" type="checkbox"/> A. V. P. COM ABOCATH Nº: 14                                                                         | <input type="checkbox"/> MSE                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> MSD                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> SRL                                                       | <input type="checkbox"/> SF 0.9%                                                    | <input type="checkbox"/> ml / MEDICAÇÃO: GLICOSE + COMPLEXO B |
| 021/MIN: _____                                                                                                                          | MÁSCARA COM SERV. <input type="checkbox"/> CATETER NASAL                       | <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> NSD <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MID | <input type="checkbox"/> MACA A VÁCUO                                              |                                                                                     |                                                               |
| <input type="checkbox"/> IMOBILIZADOR DE OBJETO IMPALADO                                                                                | <input type="checkbox"/> EXTRICAÇÃO                                            | <input checked="" type="checkbox"/> CURATIVO: <input checked="" type="checkbox"/> COMPRESSIVO <input type="checkbox"/> SIMPLES                             | <input type="checkbox"/> IRRIGAÇÃO OCULAR / LOCAL: <input type="checkbox"/> OLHO E |                                                                                     |                                                               |
| <input type="checkbox"/> OLHO D / <input type="checkbox"/> VELPEAU / LOCAL: _____                                                       | / VENTILAÇÃO COM AMBU / ASPIRAÇÃO DAS VVA / OUTROS: _____                      |                                                                                                                                                            |                                                                                    |                                                                                     |                                                               |
| <input type="checkbox"/> CÂNULA DE GUEDEL Nº: _____                                                                                     | <input type="checkbox"/> CATETER NASAL                                         | <input type="checkbox"/> U/min                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> MÁSCARA C/RESERVATÓRIO                         | /min                                                                                | <input type="checkbox"/> I. TRAQUEAL Nº: _____                |
| <input type="checkbox"/> V. MECÂNICA <input type="checkbox"/> CRICO: <input type="checkbox"/> PUNÇÃO <input type="checkbox"/> CIRÚRGICA | - TORACOCENTESE <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> D          |                                                                                                                                                            | DRENAGEM TORÁCICA <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> D            |                                                                                     |                                                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> E.C.G. <input type="checkbox"/> ETCO - RCP | <input type="checkbox"/> MANUAL                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> AUTOPULSO                                                 | / DESFIBRILAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUAL <input type="checkbox"/> AUTOMÁTICO |                                                               |
| <input type="checkbox"/> FRASCOS EV: FENTANIL _____ mg                                                                                  | <input type="checkbox"/> SUCCINILCOLINA _____ mg                               | <input type="checkbox"/> MIDAZOLAN _____ mg                                                                                                                | <input type="checkbox"/> DIAZEPAN _____ mg                                         | <input type="checkbox"/> OUTROS: _____                                              |                                                               |

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)**

|                    |                                         |                                  |              |
|--------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|--------------|
| ENFERMEIRO: Amanda | COREN: 367913                           | TÉCNICO DE ENFERMAGEM: B. Barbin | COREN: _____ |
| CONDUTOR: Benilton | SUPERVISOR DE ENFERMAGEM (VISTO): _____ | MÉDICO (VISTO): _____            |              |

**RECUSA**

|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| NOME: _____       | RG: _____         |
| ASSINATURA: _____ | TESTEMUNHA: _____ |





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

|                    |                                    |
|--------------------|------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE   | LENILSON TRINDADE RODRIGUES        |
| DATA DE NASCIMENTO | 02/02/80                           |
| NOME DA MÃE        | MARIA DAS DORES TRINDADE RODRIGUES |

### DADOS EXTRAÍDOS

|                        |                                                     |
|------------------------|-----------------------------------------------------|
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 1.126.536                                           |
| DATA DO ATENDIMENTO    | 02/12/18                                            |
| HORA DO ATENDIMENTO    | 14:15                                               |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO  | ACIDENTE DE MOTOCICLETA                             |
| DIAGNÓSTICO (S)        | FERIMENTOS MÚLTIPLOS + TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO |
| CID 10                 | S01.8 + T14.9                                       |

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com perda da consciência, fez ingestão de bebida alcoólica. Ferimento corto-contuso, com perda de substância, em região fronto-temporal direita. Ferimento no pé direito. torax e abdomen sem queixas. Consciente e orientado. Glasgow 15.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio  
TC de coluna cervical  
RX de bacia  
X de pé direito  
TC de pé direito

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem alterações.

### TRATAMENTO:

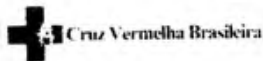
Sutura de ferimento. Medicado.

|                  |          |
|------------------|----------|
| ALTA HOSPITALAR: | 03/12/18 |
| DATA DA EMISSÃO: | 11/03/19 |

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1126536



|                                                                                                                                                             |                                                  |                                                          |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Identificação do paciente</b>                                                                                                                            |                                                  |                                                          |                                      |
| ID<br>1255929                                                                                                                                               | Nome<br>LENILSON TRINDADE RODRIGUES              |                                                          | Sexo<br>Masculino                    |
| Data de nascimento<br>02/02/1980                                                                                                                            | Idade<br>38 anos 10 meses                        | Estado civil                                             | Religião                             |
| Mãe<br>MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES                                                                                                                    |                                                  | Pai<br>VALDERY PIRES RODRIGUES                           |                                      |
| Escolaridade                                                                                                                                                |                                                  | Responsável (Parentesco)<br>VALDICEA TRINDADE - IRMAO(A) |                                      |
| DDD Móvel<br>83                                                                                                                                             | Fone Móvel<br>991465103                          | DDD Fixo                                                 | Fone Fixo                            |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)                                                                                                                           | Número documento<br>3183675                      | Nº Cns<br>704601138965326                                |                                      |
| Local de procedência<br>SOLANEA                                                                                                                             | Tipo<br>MUNICIPIO                                |                                                          | UF<br>PB                             |
| Email                                                                                                                                                       | Naturalidade<br>SOLANEA                          | CBO/R                                                    |                                      |
| <b>Endereço</b>                                                                                                                                             |                                                  |                                                          |                                      |
| CEP<br>58225000                                                                                                                                             | Município de residência<br>SOLANEA               | UF<br>PB                                                 | Logradouro<br>MANOEL GOMES DE ARAUJO |
| Número<br>60                                                                                                                                                | Complemento                                      | Bairro<br>BACHIO                                         |                                      |
| <b>Admissão</b>                                                                                                                                             |                                                  |                                                          |                                      |
| Data e Hora<br>02/12/2018 14:15:57                                                                                                                          | Número da pulseira<br>100007117441               | Convênio<br>SUS                                          |                                      |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL                                                                                                                             | Clínica                                          |                                                          |                                      |
| Classificação de risco                                                                                                                                      | Origem do paciente<br>RUA                        |                                                          |                                      |
| Caráter de atendimento                                                                                                                                      | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>VEICULO X MOTO                    |                                      |
| <b>Indicadores e Transporte</b>                                                                                                                             |                                                  |                                                          |                                      |
| Caso policial<br>Não                                                                                                                                        | Plano de saúde<br>Não                            | Veio de ambulância<br>Não                                | Trauma<br>Não                        |
| Meio de transporte<br>SAMU                                                                                                                                  | Quem transportou                                 |                                                          |                                      |
| <b>Sinais Vitais</b>                                                                                                                                        |                                                  |                                                          |                                      |
| PA<br>120 x 90 mmHg                                                                                                                                         | Pulso<br>89                                      | Temperatura                                              |                                      |
| <b>Exames complementares</b>                                                                                                                                |                                                  |                                                          |                                      |
| Raio X [ ]                                                                                                                                                  | Sangue [ ]                                       | Urina [ ]                                                | TC [ ]                               |
| Liquor [ ]                                                                                                                                                  | ECG [ ]                                          | Ultrasonografia [ ]                                      |                                      |
| Dados clínicos<br>Paciente ECG, Urina de Rotação, avaliação e exame<br>mecânico, realizado exame de urina, exame de urina<br>Conclusão da equipe de plantão |                                                  |                                                          |                                      |
| Diagnóstico                                                                                                                                                 | CID                                              |                                                          |                                      |
| Atendido por<br>MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA                                                                                                              | Tempo<br>41seg                                   |                                                          |                                      |

Imprimir

Dr. Leonardo Soares de Lima  
Cirurgião Geral / VDF 747.468.512

02/12/2018 14:15



Assinado eletronicamente por: IRINA NUNES CABRAL DE PAULO - 25/11/2019 12:03:24

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112512032305200000025580835

Número do documento: 19112512032305200000025580835



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

|                                                       |                                          |                                                    |                                              |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>LENILSON TRINDADE RODRIGUES</b>        | BAE<br><b>1126536</b>                    | Data/Hora Entrada<br><b>02/12/2018 14:15:57</b>    | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>02/02/1980</b>               | Idade<br><b>38a 10m</b>                  | Sexo<br><b>Masculino</b>                           | CNS<br><b>704601138965326</b>                |
| Mãe<br><b>MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES</b>       |                                          |                                                    | Telefone de Contato<br><b>(83) 991465103</b> |
| Endereço<br><b>MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60</b>         | Bairro<br><b>BACHIO</b>                  | Município<br><b>SOLANEA</b>                        | Prontuário<br><b>106840</b>                  |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                     | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>LEONARDO SOARES DE LIMA</b>     | UF<br><b>PB</b>                              |
| Data/Hora Classificação<br><b>02/12/2018 14:15:57</b> |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>02/12/2018 14:42:53</b> | Nº Cons. Regional<br><b>2170/PB</b>          |

## Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM PERDA DA CONSCIÊNCIA ( FEZ INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA ); TEVE TRAUMATISMOS NA CABEÇA ( FCC NA REGIÃO FRONTO-TEMPORAL D ) E NO PÉ DIREITO, ALÉM DE ALGUMAS ABRASÕES.  
SEM QUEIXAS NO TÓRAX/ABDÔMEN.

## CONDUTA:

1. TC DE CRÂNIO/COLUNA CERVICAL;
2. RX DE TÓRAX/BACIA/PÉ D;
3. PARECER DA NCR/ORTO;

## DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

## MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, AGORA

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

## CID10

| Código | Descrição |
|--------|-----------|
|--------|-----------|

T14.9 Traumatismo não especificado

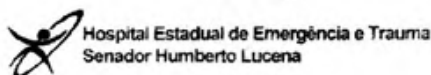
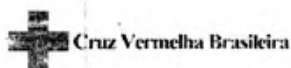
Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38

## Conduta

Dr. Leonardo Soares de Lima  
ORUGIA-GERAL/VIDEO-CIRURGIA

16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=455978&amp;pesquisa=S&amp;perform=im... 1/2





# AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

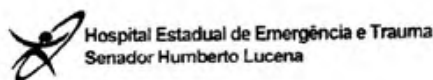
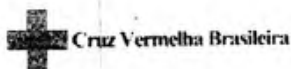
|                                                                                                                                                                                                                                  |                                          |                                                    |                                                 |                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>LENILSON TRINDADE RODRIGUES</b>                                                                                                                                                                                   |                                          | BAE<br><b>1126536</b>                              | Data/Hora Entrada<br><b>02/12/2018 14:15:57</b> | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>02/02/1980</b>                                                                                                                                                                                          | Idade<br><b>38a 10m 1d</b>               | Sexo<br><b>Masculino</b>                           | CNS<br><b>704601138965326</b>                   | Telefone de Contato<br><b>(83) 991465103</b> |
| Mãe<br><b>MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES</b>                                                                                                                                                                                  |                                          |                                                    |                                                 | Prontuário<br><b>106840</b>                  |
| Endereço<br><b>MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60</b>                                                                                                                                                                                    |                                          | Bairro<br><b>BACHIO</b>                            | Município<br><b>SOLANEA</b>                     | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                                                                                                                                                                                                | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>TOMAS CATAO MONTE RASO</b>      | Nº Cons. Regional<br><b>7742/PB</b>             |                                              |
| Data/Hora Classificação<br><b>02/12/2018 14:15:57</b>                                                                                                                                                                            |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>03/12/2018 00:40:39</b> |                                                 |                                              |
| <b>Anamnese</b><br><b>##NCIR##</b><br><p>PACIENTE EVOLUI COM QUEIXA DE NAUSEAS, SEM VOMITOS.</p> <p>BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO<br/>SEM DEFICITS<br/>VIGIL, CONSCIENTE, OREINTADO</p> <p>CD: SINTOMATICOS<br/>OBS NEUROLOGICA</p> |                                          |                                                    |                                                 |                                              |
| <b>MEDICAÇÃO</b><br><p>ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., AGORA</p>                                                                                                                                 |                                          |                                                    |                                                 |                                              |
| <b>Conduta</b><br><p>Em observação</p>                                                                                                                                                                                           |                                          |                                                    |                                                 |                                              |

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

TOMAS CATAO MONTE RASO  
(CRM: 7742/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38





UTQ

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

Tel:

CNES: 454556

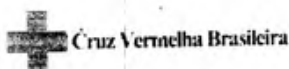
| Paciente<br><b>LENILSON TRINDADE RODRIGUES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                             | BAE<br><b>1126536</b>                         | Data/Hora Entrada<br><b>02/12/2018 14:15:57</b>    | Data Baixa                                   |        |           |       |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------|-----------|-------|---------------------------------------------|
| Data de nascimento<br><b>02/02/1980</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Idade<br><b>38a 10m 1d</b>                  | Sexo<br><b>Masculino</b>                      | CNS<br><b>704601138965326</b>                      | Telefone de Contato<br><b>(83) 991465103</b> |        |           |       |                                             |
| Mãe<br><b>MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                             |                                               |                                                    | Prontuário<br><b>106840</b>                  |        |           |       |                                             |
| Endereço<br><b>MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                             | Bairro<br><b>BACHIO</b>                       | Município<br><b>SOLANEA</b>                        | UF<br><b>PB</b>                              |        |           |       |                                             |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>    | Profissional<br><b>EMILTON AMARAL SEGUNDO</b> | Nº Cons. Regional<br><b>5352/PB</b>                |                                              |        |           |       |                                             |
| Data/Hora Classificação<br><b>02/12/2018 14:15:57</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |                                               | Data/Hora Prescrição<br><b>03/12/2018 00:20:24</b> |                                              |        |           |       |                                             |
| <b>Anamnese</b><br>PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO TRAUMA EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA. PACIENTE REFERINDO NÁUSEAS. NEGA ALERGIAS.<br><br>AO EXAME:<br><br>PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO TÊMPORO-FRONTAL DIREITA COM PRESERVAÇÃO DA INERVAÇÃO DO RAMO FRONTAL DO NERVO FACIAL.<br><br>CONDUTA:<br><br>- REALIZADO DEBRIDAMENTO DE BORDOS E RETALHO DE VIZINHANÇA COM ANESTESIA LOCAL E SUTURA COM NYLON 3-0<br>- OBS: DURANTE O PROCEDIMENTO, O PACIENTE PEDIU PARA INTERROMPER POR DUAS VEZES PEDINDO PARA VOMITAR. COMO JÁ HAVIA SIDO LIBERADO PELA NEURO E NO MOMENTO DA AVALIAÇÃO NÃO RELATOU ESSES SINTOMAS. SOLICITO NOVA AVALIAÇÃO DA NEURO.<br>- ALTA DA CIRURGIA PLÁSTICA |                                             |                                               |                                                    |                                              |        |           |       |                                             |
| <b>CID10</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                             |                                               |                                                    |                                              |        |           |       |                                             |
| <table border="1"><thead><tr><th>Código</th><th>Descrição</th></tr></thead><tbody><tr><td>S01.9</td><td>Ferimento na cabeça, parte não especificada</td></tr></tbody></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                             |                                               |                                                    |                                              | Código | Descrição | S01.9 | Ferimento na cabeça, parte não especificada |
| Código                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Descrição                                   |                                               |                                                    |                                              |        |           |       |                                             |
| S01.9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ferimento na cabeça, parte não especificada |                                               |                                                    |                                              |        |           |       |                                             |
| <b>Conduta</b><br>Em observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                             |                                               |                                                    |                                              |        |           |       |                                             |

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

EMILTON AMARAL SEGUNDO  
(CRM: 5352/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,  
58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

|                                                                                                                                                                              |                                |                                     |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| Paciente                                                                                                                                                                     | BAE                            | Data/Hora Entrada                   | Data Baixa             |
| <b>LENILSON TRINDADE RODRIGUES</b>                                                                                                                                           | <b>1126536</b>                 | <b>02/12/2018 14:15:57</b>          |                        |
| Data de nascimento                                                                                                                                                           | Idade                          | Sexo                                | CNS                    |
| <b>02/02/1980</b>                                                                                                                                                            | <b>38a 10m</b>                 | <b>Masculino</b>                    | <b>704601138965326</b> |
| Mãe                                                                                                                                                                          |                                |                                     | Telefone de Contato    |
| <b>MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES</b>                                                                                                                                     |                                |                                     | <b>(83) 991465103</b>  |
| Endereço                                                                                                                                                                     | Bairro                         | Município                           | UF                     |
| <b>MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60</b>                                                                                                                                            | <b>BACHIO</b>                  | <b>SOLANEA</b>                      | <b>PB</b>              |
| Acidente                                                                                                                                                                     | Motivo                         | Profissional                        | Nº Cons. Regional      |
| <b>VEICULO X MOTO</b>                                                                                                                                                        | <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | <b>JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO</b> | <b>4518/PB</b>         |
| Data/Hora Classificação                                                                                                                                                      |                                | Data/Hora Prescrição                |                        |
| <b>02/12/2018 14:15:57</b>                                                                                                                                                   |                                | <b>02/12/2018 19:58:58</b>          |                        |
| <b>Anamnese</b>                                                                                                                                                              |                                |                                     |                        |
| PACIENTE COM FERIMENTO DE PELE NO PE DIREITO, SEM LESÃO DE TENDÃO, RAIOS-X SEM FRATURA NEM LUXAÇÃO. CONDUTA: ALTA DA ORTOPEDIA. AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL PARA SUTURAS. |                                |                                     |                        |
| <b>Conduta</b>                                                                                                                                                               |                                |                                     |                        |
| Em observação                                                                                                                                                                |                                |                                     |                        |

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO  
(4518/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38

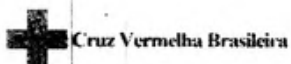
16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=456161&amp;pesquisa=S&amp;perform=im... 1/1



Assinado eletronicamente por: IRINA NUNES CABRAL DE PAULO - 25/11/2019 12:03:24

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112512032305200000025580835

Número do documento: 19112512032305200000025580835



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

**AREA AMARELA**

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

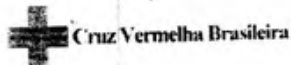
|                                                                                                                                            |                                   |       |         |                         |           |                      |                     |                         |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------|---------|-------------------------|-----------|----------------------|---------------------|-------------------------|----------------|
| Paciente                                                                                                                                   | LENILSON TRINDADE RODRIGUES       |       |         | BAE                     | 1126536   | Data/Hora Entrada    | 02/12/2018 14:15:57 | Data Baixa              |                |
| Data de nascimento                                                                                                                         | 02/02/1980                        | Idade | 38a 10m | Sexo                    | Masculino | CNS                  | 704601138965326     | Telefone de Contato     | (83) 991465103 |
| Mãe                                                                                                                                        | MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES |       |         |                         |           |                      |                     | Prontuário              | 106840         |
| Endereço                                                                                                                                   | MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60        |       |         | Bairro                  | BACHIO    | Município            | SOLANEA             | UF                      | PB             |
| Acidente                                                                                                                                   | VEICULO X MOTO                    |       | Motivo  | ACIDENTE DE MOTOCICLETA |           |                      | Profissional        | IGOR QUEIROZ CAVALCANTE |                |
| Data/Hora Classificação                                                                                                                    | 02/12/2018 14:15:57               |       |         |                         |           | Data/Hora Prescrição | 02/12/2018 18:39:56 |                         |                |
| <b>Anamnese</b><br>PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA NO PE D HÁ HORAS.<br>HD: FERIMENTO EXTENSO NO DORSO DO PE D<br>CD: SOLICITO TC DO PE D. |                                   |       |         |                         |           |                      |                     |                         |                |
| <b>EXAME DE IMAGEM</b><br>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ DIREITO                                                                         |                                   |       |         |                         |           |                      |                     |                         |                |
| <b>Conduta</b><br>Em observação                                                                                                            |                                   |       |         |                         |           |                      |                     |                         |                |

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

IGOR QUEIROZ CAVALCANTE  
(CRM: 7733/)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                                                      |                                                 |                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>LENILSON TRINDADE RODRIGUES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                          | BAE<br><b>1126536</b>                                                | Data/Hora Entrada<br><b>02/12/2018 14:15:57</b> | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>02/02/1980</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Idade<br><b>38a 10m</b>                  | Sexo<br><b>Masculino</b>                                             | CNS<br><b>704601138965326</b>                   | Telefone de Contato<br><b>(83) 991465103</b> |
| Mãe<br><b>MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                                                      | Prontuário<br><b>106840</b>                     |                                              |
| Endereço<br><b>MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Bairro<br><b>BACHIO</b>                  | Município<br><b>SOLANEA</b>                                          | UF<br><b>PB</b>                                 |                                              |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS</b> | Nº Cons. Regional<br><b>8267/PB</b>             |                                              |
| Data/Hora Classificação<br><b>02/12/2018 14:15:57</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>02/12/2018 18:04:33</b>                   |                                                 |                                              |
| <b>Anamnese</b><br><b>## Neurocirurgia ##</b><br><p>Avalio paciente vitima de queda de moto, com perda de consciência, sem vômitos.<br/>Nega dor cervical.</p> <p>Ao exame: ECG 15, PIFR, sem déficit focal.</p> <p>TC Cranio sem afecções neurocirurgicas de urgencia.<br/>TC Coluna Cervical sem afecções neurocirurgica de urgencia.</p> <p>Cd:<br/>Oriento sinais de alarme.<br/>Alta da neurocirurgia.</p> |                                          |                                                                      |                                                 |                                              |
| <b>Conduta</b><br><b>Em observação</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                          |                                                                      |                                                 |                                              |

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS  
(CRM: 8267/PB)

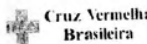
Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38



Assinado eletronicamente por: IRINA NUNES CABRAL DE PAULO - 25/11/2019 12:03:24

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112512032305200000025580835

Número do documento: 19112512032305200000025580835



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 02/12/18 14:42  
Usuário: LEONARDO  
Boletim 1126536  


PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                             |                     |                |                                           |         |               |                     |
|-----------------------------|---------------------|----------------|-------------------------------------------|---------|---------------|---------------------|
| Nome                        | Data de             | Idade          | Sexo                                      | Nº      | Nº Prontuário | Data Prescrição     |
| LENILSON TRINDADE RODRIGUES | 02/02/1980          | 38a 10m        | MASCULINO                                 | 1126536 | 106840        | 02/12/2018 14:42:53 |
| Motivo do Atendimento       | Enfermaria / Leito  |                | Validade da Prescrição                    |         |               |                     |
|                             |                     |                | 02/12/2018 14:42:00 - 03/12/2018 14:42:00 |         |               |                     |
| Convenio                    | Matrícula           |                | Senha                                     |         |               |                     |
| SUS                         |                     |                |                                           |         |               |                     |
| Data da entrada:            | Data da Internação: | Permanência na | Permanência no                            |         |               |                     |
| 02/12/2018 14:15:57         |                     | 27min          |                                           |         |               |                     |

| Nome do medicamento                                  | Dose  | U.M. | Orientação de Uso | Via de  | Veloc. Int. | Pos   | Aprazamento |
|------------------------------------------------------|-------|------|-------------------|---------|-------------|-------|-------------|
| 1 DIETA ZERO                                         | 0,0   |      |                   | NENHUMA |             |       |             |
| 2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO) | 500,0 | ML   |                   | E.V.    |             | AGORA |             |
| 3 CETOPROFENO 100 MG                                 | 100,0 | MG   |                   | E.V.    |             | AGORA |             |
| Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)   | 100,0 | ML   |                   |         |             |       |             |
| 4 DÍPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)                    | 2,0   | ML   |                   | E.V.    |             | AGORA |             |
| Diluir em: Solução Fisiológica 0,9%                  | 10,0  | ML   |                   |         |             |       |             |

Reimpresso por: -  
dia: -

LEONARDO SOARES DE LIMA  
CRM: 2170

Dr. Leonardo Soares de Lima  
SAÚDE - 3284 INSC. 14-04-18

Donatado Batista  
CORREIA 518.512 - ENF

Assinatura e Carimbo do Profissional



Data: 03/12/18 00:40  
Usuário: TOMAS CATAO  
Boletim 1126536



PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                                         |                       |                     |                                                                     |                |                         |                                        |
|-----------------------------------------|-----------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------|----------------------------------------|
| Nome<br>LENILSON TRINDADE RODRIGUES     | Data de<br>02/02/1980 | Idade<br>38a 10m 1d | Sexo<br>MASCULINO                                                   | Nº<br>1126536  | Nº Prontuário<br>106840 | Data Prescrição<br>03/12/2018 00:40:39 |
| Motivo do Atendimento                   | Enfermaria / Leito    |                     | Validade da Prescrição<br>03/12/2018 00:40:00 - 04/12/2018 00:40:00 |                |                         |                                        |
| Convenio<br>SUS                         | Matricula             |                     | Senha                                                               |                |                         |                                        |
| Data da entrada:<br>02/12/2018 14:15:57 |                       | Data da Internação: | Permanência na<br>10h 25min                                         | Permanência no |                         |                                        |

| Nome do medicamento                 | Dose | U.M. | Orientação de Uso | Via de | Veloc. Inf. | Pos   | Aprazamento |
|-------------------------------------|------|------|-------------------|--------|-------------|-------|-------------|
| 1 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML) | 4,0  | ML   |                   | E.V.   |             | AGORA |             |

*Receita Temp EV. 100ml.*

*10:50*

Reimpresso por: -  
dia: -  
*Ima C. Montez Raso*  
*CATAO*

TOMAS CATAO MONTE RASO  
CRM: 7742

Assinatura e Carimbo do Profissional

*08:50*  
*Deposito Manual de Divisão*





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

|                                                                                                                                                                           |                                          |                                                 |                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Paciente<br><b>LENILSON TRINDADE RODRIGUES</b>                                                                                                                            | BAE<br>1126536                           | Data/Hora Entrada<br>02/12/2018 14:15:57        | Data Baixa<br>2018-12-03 09:50:16.0   |
| Data de nascimento<br>02/02/1980                                                                                                                                          | Idade<br>38a 10m 1d                      | Sexo<br>Masculino                               | CNS<br>704601138965326                |
| Mãe<br><b>MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES</b>                                                                                                                           |                                          |                                                 | Telefone de Contato<br>(83) 991465103 |
| Endereço<br><b>MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60</b>                                                                                                                             |                                          |                                                 | Prontuário<br>106840                  |
| Bairro<br><b>BACHIO</b>                                                                                                                                                   |                                          | Município<br><b>SOLANEA</b>                     | UF<br><b>PB</b>                       |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                                                                                                                                         | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>DANIEL ESPINDOLA RONCONI</b> | Nº Cons. Regional<br>7423/PB          |
| Data/Hora Classificação<br>02/12/2018 14:15:57                                                                                                                            |                                          | Data/Hora Prescrição<br>03/12/2018 09:50:20     |                                       |
| <b>Anamnese</b><br>#NCR<br><br>PACIENTE EVOLUI COM MELHORA DOS VOMITOS.<br>JA LIBERADO DAS DEMAIS CLINICAS<br><br>CD.<br>ALTA DA NCR<br>ALTA HOSPITALAR                   |                                          |                                                 |                                       |
| <b>Conduta</b><br>Alta médica                                                                                                                                             |                                          |                                                 |                                       |
| <b>Alta Hospitalar</b><br>Usuário<br><b>DANIEL ESPINDOLA RONCONI</b><br>Motivo de Alta<br><b>ALTA HOSPITALAR</b><br><br>Data e Hora<br>03/12/2018 09:50:16<br>Observações |                                          |                                                 |                                       |

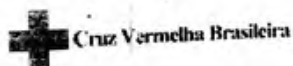
LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Dr. Daniel Ronconi  
Neurocirurgia  
CRM: PB 7423

DANIEL ESPINDOLA RONCONI  
(CRM: 7423/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



AREA LARANJA UDC  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES: 2458276

|                                                       |                                                           |                                                 |                                              |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>LENILSON TRINDADE RODRIGUES</b>        | BAE<br><b>1126536</b>                                     | Data/Hora Entrada<br><b>02/12/2018 14:15:57</b> | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>02/02/1980</b>               | Idade<br><b>38a 10m 1d</b>                                | Sexo<br><b>Masculino</b>                        | CNS<br><b>704601138965326</b>                |
| Mãe<br><b>MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES</b>       | Bairro<br><b>BACHIO</b>                                   | Município<br><b>SOLANEA</b>                     | Telefone de Contato<br><b>(83) 991465103</b> |
| Endereço<br><b>MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60</b>         | Profissional<br><b>ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO</b> | UF<br><b>PB</b>                                 | Prontuário<br><b>106840</b>                  |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                     | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>                  | Nº Cons. Regional<br><b>4417/PB</b>             |                                              |
| Data/Hora Classificação<br><b>02/12/2018 14:15:57</b> | Data/Hora Prescrição<br><b>03/12/2018 08:26:36</b>        |                                                 |                                              |

### Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ CERCA DE 18H (COLISÃO COM CARRO), APRESENTA FERIMENTOS SUTURADOS EM FACE E PÉ D + ESCORIAÇÕES EM MEMBROS. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E TONTURA. REFERE VÔMITOS. GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁICAS; NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NÃO TEM QUEIXAS DE DOR, NEM SINAIS DE FRATURAS EM MMSS E MMII. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. REFERE VAT HÁ < 10 ANOS. AO EXAME= EGR, EUPNÉICO, CORADO, ACIANÓTICO, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. JÁ AVALIADO E LIBERADO PELA CIRURGIA PLÁSTICA E ORTOPEDIA. CONDUTA= LIBERADO DA CIRURGIA GERAL + REAVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA.

### CID10

| Código | Descrição                    |
|--------|------------------------------|
| T14.9  | Traumatismo não especificado |

### Conduta

Em observação

Ana Virginia L. da Costa  
Cirurgia Geral  
CRM-4417

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO  
(: 4417/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=456528&pesquisa=S&perform=im... 1/1



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831745671

Data Nasc: 02/02/1980 - 38 anos

Paciente: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data Exame: 02/12/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.  
Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.  
Articulações interfacetárias e uncovertebrais de aspecto habitual.  
Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.  
Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.  
Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

**Nota:** Estudo tomográfico não direcionado para avaliação de hérnias ou protrusões discais.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 04/12/2018 13:04.

**Dra. Galba L. O. Aquino**  
**CRM: 5839**





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831745671

Data Nasc: 02/02/1980 - 38 anos

Paciente: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data Exame: 02/12/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Hematoma subgaleal na região parietal direita.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

*Este laudo foi liberado em 04/12/2018 13:06.*

**Dra. Galba L. O. Aquino**  
**CRM: 5839**





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831745909

Data Nasc: 02/02/1980 - 38 anos

Paciente: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data Exame: 02/12/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ DIREITO**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

As estruturas ósseas analisadas apresentam morfologia normal.

Ausência de sinais de fratura.

Lesão de aspecto ulcerado nas partes moles na região do dorso do pé, com focos gasosos de permeio, compatível com processo infeccioso.

Sugere-se complementar com RM.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

*Este laudo foi liberado em 06/12/2018 21:18 .*

**Dra. Galba L. O. Aquino**  
**CRM: 5839**





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, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553962

Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 02/12/2018, emitido pelo Dr. EMILTON AMARAL SEGUNDO CRM nº 5352 - PB, da Instituição HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SNADOR HUMBERTO LUCENA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00455/00456 - carta\_31 - INVALIDEZ

00060228



Carta nº 14845933



SEGUE PETIÇÃO DE JUNTADA DE GUIA DE CUSTAS



# C&C | Cabral & Coutinho Advogados

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL DA  
COMARCA DE JOÃO PESSOA/PB

**Processo nº. 0876197-19.2019.8.15.2001**

**LENILSON TRINDADE RODRIGUES**, já devidamente qualificado nos autos da ação em epígrafe, vem à presença de V. Exa., por seus advogados, em atendimento à determinação judicial requerer a juntada da **GUIA DE CUSTAS PROCESSUAIS**.

Desta feita, **reitera** o pedido de que sejam concedidos ao Autor os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**, propugnando pela **PROCEDÊNCIA** da ação em todo o seu teor.

Termos em que

Pede e Espera Deferimento.

João Pessoa-PB, 26 de novembro de 2019.

**IRINA NUNES CABRAL DE PAULO**

**OAB/PB 12.554**

**ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

**OAB/PB 22.742**

Av. Coremas, 172, Centro, sala 01/02 – João Pessoa/PB  
Fone: (83) 3506-1910/98849-5530/98876-1635/99113-0753  
E-mail: cabralcoutintheadvogados@gmail.com/ccf.advs@gmail.com



|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |                                                            |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
|  <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b><br>Guia de Recolhimento de Custas e Taxas<br>Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98<br>(Via da parte)                            |                         |                                                            | Número do boleto:<br>200.6.19.35716/01 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |                                                            | Data de emissão:<br>26/11/2019         |
| Nº do Processo:<br>0876197-19.2019.815.2001                                                                                                                                                                                                                                 | Comarca:<br>Joao Pessoa | Classe Processual:<br>PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7 | Data de vencimento:<br>30/11/2019      |
| Número da guia: 200.2019.635716      Tipo da Guia: Custas Ocasionais de Destituição do Benefício da Justiça Gratuita                                                                                                                                                        |                         |                                                            | UFR vigente:<br>R\$ 50,63              |
| <b>Detalhamento:</b><br>- Custas Processuais: R\$ 1.012,60 <b>Promovente:</b> LENILSON TRINDADE RODRIGUES<br>- Taxa Judiciária: R\$ 202,50<br>- Despesas processuais com mandados: R\$ 58,22 <b>Promovido:</b> MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A<br>- Taxa bancária: R\$ 1,35 |                         |                                                            | Conta FEJPA:<br>1618-7/228.039-6       |
| <b>Observações:</b><br>- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.                                                                                                                                                                            |                         |                                                            | Parcela:<br>1/1                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |                                                            | Valor total:<br>R\$ 1.274,67           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |                                                            | Desconto total:<br>R\$ 0,00            |
| 866400000125 746709283186 520191130209 061935716011<br>                                                                                                                                    |                         |                                                            | Valor final:<br>R\$ 1.274,67           |

|                                                                                                                                                                                                                                                     |                         |                                                            |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
|  <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b><br>Guia de Recolhimento de Custas e Taxas<br>Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98<br>(Via do processo) |                         |                                                            | Número do boleto:<br>200.6.19.35716/01 |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                         |                                                            | Data de emissão:<br>26/11/2019         |
| Nº do Processo:<br>0876197-19.2019.815.2001                                                                                                                                                                                                         | Comarca:<br>Joao Pessoa | Classe Processual:<br>PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7 | Data de vencimento:<br>30/11/2019      |
| Número da guia: 200.2019.635716      Tipo da Guia: Custas Ocasionais de Destituição do Benefício da Justiça Gratuita                                                                                                                                |                         |                                                            | UFR vigente:<br>R\$ 50,63              |
| <b>Promovente:</b> LENILSON TRINDADE RODRIGUES <b>Promovido:</b> MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A                                                                                                                                                    |                         |                                                            | Conta FEJPA:<br>1618-7/228.039-6       |
| <b>Detalhamento:</b><br>- Despesas processuais com mandados: R\$ 58,22<br>- 1x Citação (BAIRRO DOS ESTADOS) R\$ 58,22                                                                                                                               |                         |                                                            | Parcela:<br>1/1                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                         |                                                            | Valor total:<br>R\$ 1.274,67           |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                         |                                                            | Desconto total:<br>R\$ 0,00            |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                         |                                                            | Valor final:<br>R\$ 1.274,67           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |                                                            |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
|  <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b><br>Guia de Recolhimento de Custas e Taxas<br>Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98<br>(Via do banco)                          |                         |                                                            | Número do boleto:<br>200.6.19.35716/01 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |                                                            | Data de emissão:<br>26/11/2019         |
| Nº do Processo:<br>0876197-19.2019.815.2001                                                                                                                                                                                                                                 | Comarca:<br>Joao Pessoa | Classe Processual:<br>PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7 | Data de vencimento:<br>30/11/2019      |
| Número da guia: 200.2019.635716      Tipo da Guia: Custas Ocasionais de Destituição do Benefício da Justiça Gratuita                                                                                                                                                        |                         |                                                            | UFR vigente:<br>R\$ 50,63              |
| <b>Detalhamento:</b><br>- Custas Processuais: R\$ 1.012,60 <b>Promovente:</b> LENILSON TRINDADE RODRIGUES<br>- Taxa Judiciária: R\$ 202,50<br>- Despesas processuais com mandados: R\$ 58,22 <b>Promovido:</b> MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A<br>- Taxa bancária: R\$ 1,35 |                         |                                                            | Conta FEJPA:<br>1618-7/228.039-6       |
| <b>Observações:</b><br>- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.                                                                                                                                                                            |                         |                                                            | Parcela:<br>1/1                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |                                                            | Valor total:<br>R\$ 1.274,67           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |                                                            | Desconto total:<br>R\$ 0,00            |
| 866400000125 746709283186 520191130209 061935716011<br>                                                                                                                                  |                         |                                                            | Valor final:<br>R\$ 1.274,67           |



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA**

**COMARCA DE JOÃO PESSOA**

**Juízo do(a) 13ª Vara Cível da Capital**

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Tel.: ( ) ; e-mail:

Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

v.

**DESPACHO**

**Nº do Processo: 0876197-19.2019.8.15.2001**

Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assuntos: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Vistos, etc.

01. Defiro o pedido de justiça gratuita.

02. Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

03. Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se o réu para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial.

04. Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial. Nomeio perito o Dr. LUCIANO JOSE LIRA MENDES, médico ortopedista, telefones (83) 99984-8151, e-mail: LUCIANOJLIRAMENDES@BOL.COM.BR. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do **Convênio nº 015/2014-TJ/PB celebrado** entre a Seguradoras e o TJPB.

05. Intime-se a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

06. Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser apurado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico.

07. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?

08. Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.



09. A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito.

10. Após apresentado o laudo, intimem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 15 (quinze) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

Cumpra-se.

JOÃO PESSOA-PB, em 4 de março de 2020

Juiz(a) de Direito

