

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS, brasileiro, portador do RG nº 3814302 SSDS/PB e CPF nº 113-310.134-88, residente e domiciliado em Rua Manaus, 74, bairro Grotão, João Pessoa-PB, CEP 58079-778

OUTORGADO:

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

PODERES:

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

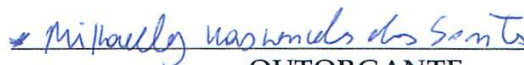
PODERES ESPECÍFICOS:

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

CONTRATO:

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

João Pessoa, ____ de ____ de 20____.



OUTORGANTE

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

fidelis@fidelisadv.com

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

1/1



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

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

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

_____, ____/____/____.

x Francisco Assis Fidelis de Oliveira Filho



SINISTRO 3180022610 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 11331013488

Posição em 26-07-2019 15:55:43

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
21/02/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00055.01.2017.1.02.011

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00055.01.2017.1.02.011, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:15 horas do dia 01 de dezembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 11ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Nélio Carneiro dos Santos, matrícula 1357280, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu Mikaelly Vasconcelos dos Santos, CPF nº 113.310.134-88, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Corretora de Imóveis, filho(a) de Marinalva Vasconcelos dos Santos e Jose Ronaldo Severino dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 27/11/1996 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Manaus, Nº 74, complemento casa, bairro Groão, tendo como ponto de referência Padaria, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98671-3233.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Estevão Gerson Carneiro da Cunha, Outros, João Pessoa/PB, bairro Água Fria; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 09/06/16 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG FAN DE COR PRETA ANO 2013, DE PLACA OFX-4086-PB, CHASSI Nº 9C2JC4110DR735689, EM NOME DE WAGNER DA COSTA MACÁRIO, QUANDO FOI COLIDIDA POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE MANGABEIRA CONFORME CERTIDÃO EXPEDIDA PELA DRA. CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM PB 3137, DATADA DE 29/07/2017.

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

João Pessoa/PB, 05 de dezembro de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS
Noticiante

Procedimento Policial: 00055.01.2017.1.02.011





CERTIDÃO


Nº. 1106/2016

Atendendo solicitação de **MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 859367 pertencente ao mesmo que foi atendido no dia 09/06/2016 às 14H31min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em punho direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura em radio distal desalinhada. Realizado procedimento clínico.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de julho de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 859367 Atd: Não Regi
Data: 09/06/2016
Hora: 14:31:28
Recepcionista: JUSSARA DOS SANTOS
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 3814302 Fone: 988631695 Num. Prontuario: 2016.06.000728
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 27/11/1996 Id: 19 ano(s)
End.: RUA EUGENIA DE OLIVEIRA LIMA, 134
Bairro: FUNCIONARIOS II Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Pai: JOSE RONALDO SEVERINO DOS SANTOS
Mae: MARINALVA VASCONCELOS DOS SANTOS
Ocupação: AUXILIAR ADMINISTRATIVO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS
Tel/Doc. Responsavel: 988631695 / IDENTIDADE: 3814302
Procedencia: BAIRRO JOSE AMERICO

FATURADO

Transporte utilizado: SAMU/ COLISAO MOTO X CARRO NA RUA JERSON CARNEIRO

Vitima de acidente por: DA CUNHA PROX A NET AS 13:30HS CONDUTORA

Vitima de violência por: ENS. MEDIO COMP. PARDA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

Colisao carro moto, Trauma em pulso D

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de acidente moto x carro com lesão em pulso D

Diagnostico

Conduta

Rx pulso D
Pouco de ORTOPEDIA

Prescrição

Horario da medicacao



Otopédia.

Paciente vítima de acidente de moto com
dor e edema e deformidade em punho (D),
apresentando no RX fratura do rádio distal
desviada.

CD: - Entalhe da Hapreide para redução

- A Cirurgia para realocação e alta de C. geral.

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Dr. Daniel Orsaga Cavalcante
MÉDICO
CRM 9248/PB

Staff:

Dr. André

Alta de emergência

Dr. Bernardo M. Oliveira
Médico
CRM-PB 9176

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

B02020172

B020160200

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

030106 61
030101 48





Inscrição no CNPJ: 09.114.695/0001-07
Av. Júlia Freire, 1058-Expedicionários – (83) 3255-8900
CEP: 58.040-040 - João Pessoa - Paraíba

D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos, para os devidos fins, que a paciente **MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS**, foi atendida neste Hospital no dia 09.06.2016 e sendo internada durante o período de 10.06.2016 a 12.06.2016, referindo ser vítima de acidente de trânsito, conforme cópia do prontuário nº 13768110.

João Pessoa, 13 de julho de 2016.

Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto
Supervisor do Faturamento

Clínica Ortopédica e Traumat. de João Pessoa Ltda

Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto

Supervisor de Faturamento





ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL, PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

14/07/2016 12:20:35

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13768110	MIKAEELY VASCONCELOS DOS SANTOS	F	27/11/1996	19
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
SSDS PB	11331013488		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R EUGENIA DE OLIVEIRA LIMA 134 FUNCIONARIOS JOAO PESSOA-PB CEP:58000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
98642 5903		MARINALVA VASCONCELOS DOS SANTOS		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGJP			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
10/06/2016	09:22		
Médico Atendente			Clinica
29510716 JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
29510716 JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	INDIVIDUAL
1822-HAPVIDA JOAO PESSOA	4-PLANO INDIVIDUAL ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
30100873937012021		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
1631709	99996666	C10434145	INTERNACAO
1631709	30721199	C10434145	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJP

13/07/2016 08:29

Paciente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS Atendimento: 36553030 Prontuário: 13768110 Convênio: HAPVIDA JOAO

Profissional(is): JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO Nº: 04983753 09/06/2016 às 23:26 leito: 118215
CRM 4518

ANAMNESE

Queixa Principal FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO

CID10 S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

DIAGNÓSTICO

Hipótese Diagnóstica

CID10 S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO



CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP

13/06/2016 15:56

Paciente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS Atendimento: 36561483 Prontuário: 13768110 Convênio: HAPVIDA JOAO
 Profissional(is): RAFAEL LARA DE FREITAS CRM 8734 Nº: 04989574 10/06/2016 às 10:46 Leito: 1A-103

DIAGNOSTICO	
Diagnóstico Clínico	S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
Diagnóstico Cirúrgico	S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
DADOS DA CIRURGIA	
Data Da Cirurgia	10/06/2016
Hora Da Cirurgia	10:46
Cirurgia	OSTEOSSINTESE COM FIOS PERCUTANEOS
Cirurgião	DR RAFAEL LARA
Anestesiologista	DR JULIANO
Descrição Cirúrgica	1-ANESTESIA 2-ANTISEPSIA + ASSEPSIA 3-COLOCAÇÃO DE CAMPO CIRURGICO 4-REDUÇÃO DO FRAGMENTO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM 02 FIO DE KIRCHNEER NO PUNHO DIREITO 5-CONTROLE FLUOROSCÓPICO OK 6-TALA GESSADA TIPO LUVA



18-2046

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

12.5 RS

1. What is the main purpose of the study?

2. $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

$\lambda = 0.2$

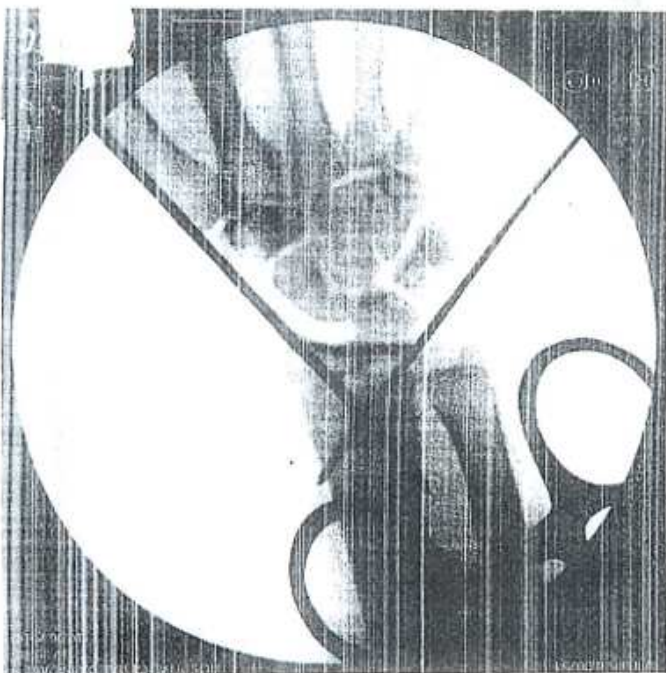
1. 60 min. in Sun
 2. 10 min. in water
 3. 10 min. in Sun
 4. 10 min. in water
 5. 10 min. in Sun
 6. 10 min. in water
 7. 10 min. in Sun
 8. 10 min. in water
 9. 10 min. in Sun
 10. 10 min. in water
 11. 10 min. in Sun
 12. 10 min. in water
 13. 10 min. in Sun
 14. 10 min. in water
 15. 10 min. in Sun
 16. 10 min. in water
 17. 10 min. in Sun
 18. 10 min. in water
 19. 10 min. in Sun
 20. 10 min. in water
 21. 10 min. in Sun
 22. 10 min. in water
 23. 10 min. in Sun
 24. 10 min. in water
 25. 10 min. in Sun
 26. 10 min. in water
 27. 10 min. in Sun
 28. 10 min. in water
 29. 10 min. in Sun
 30. 10 min. in water
 31. 10 min. in Sun
 32. 10 min. in water
 33. 10 min. in Sun
 34. 10 min. in water
 35. 10 min. in Sun
 36. 10 min. in water
 37. 10 min. in Sun
 38. 10 min. in water
 39. 10 min. in Sun
 40. 10 min. in water
 41. 10 min. in Sun
 42. 10 min. in water
 43. 10 min. in Sun
 44. 10 min. in water
 45. 10 min. in Sun
 46. 10 min. in water
 47. 10 min. in Sun
 48. 10 min. in water
 49. 10 min. in Sun
 50. 10 min. in water
 51. 10 min. in Sun
 52. 10 min. in water
 53. 10 min. in Sun
 54. 10 min. in water
 55. 10 min. in Sun
 56. 10 min. in water
 57. 10 min. in Sun
 58. 10 min. in water
 59. 10 min. in Sun
 60. 10 min. in water
 61. 10 min. in Sun
 62. 10 min. in water
 63. 10 min. in Sun
 64. 10 min. in water
 65. 10 min. in Sun
 66. 10 min. in water
 67. 10 min. in Sun
 68. 10 min. in water
 69. 10 min. in Sun
 70. 10 min. in water
 71. 10 min. in Sun
 72. 10 min. in water
 73. 10 min. in Sun
 74. 10 min. in water
 75. 10 min. in Sun
 76. 10 min. in water
 77. 10 min. in Sun
 78. 10 min. in water
 79. 10 min. in Sun
 80. 10 min. in water
 81. 10 min. in Sun
 82. 10 min. in water
 83. 10 min. in Sun
 84. 10 min. in water
 85. 10 min. in Sun
 86. 10 min. in water
 87. 10 min. in Sun
 88. 10 min. in water
 89. 10 min. in Sun
 90. 10 min. in water
 91. 10 min. in Sun
 92. 10 min. in water
 93. 10 min. in Sun
 94. 10 min. in water
 95. 10 min. in Sun
 96. 10 min. in water
 97. 10 min. in Sun
 98. 10 min. in water
 99. 10 min. in Sun
 100. 10 min. in water

DATE	VOL. 1
2-1-78	1-100

$$\frac{dI}{dt} = \lambda - \mu I - \beta I S$$

Ass. Anestesiista - CFM De Infancia e Adolescência





PAGINA - 0001 0001
DATA - 15/06/16
HORA - 16:27:45

Operacional ? Sim () Nao (X)
Telefona: 8332441520
Telefona:

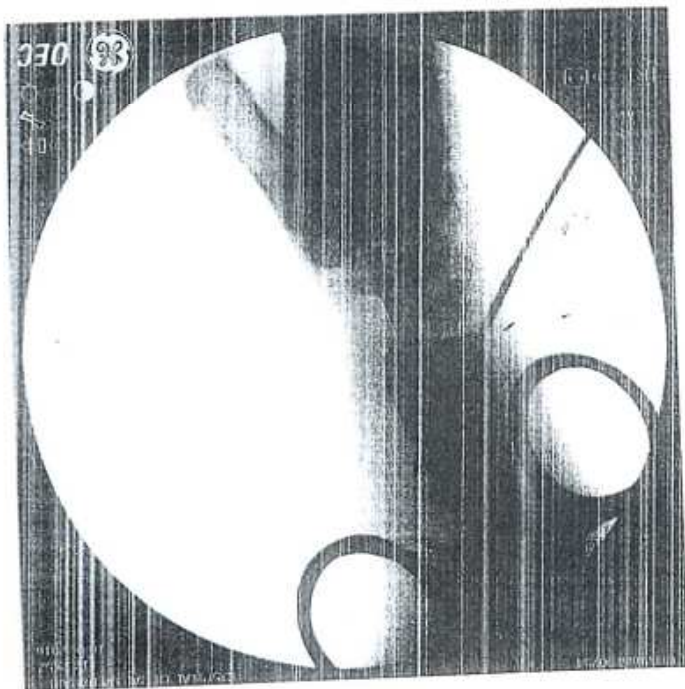
acao Procediment: NORMAL
TENTO CIRURGICO

io:

ata Dt Liberacao CNHAP Dt Internacao
* 10/06/2016 10/06/2016
Operador CNHAP
AROGERIO
Qdt Dias Situacao
1 LIBERADO

DOU	VL Fornec	VL CNHAP	Tx: Comutator	Lib
13.00	13.00	13.00	35.00	SIM NR
75.48	275.48			NAO

31879



R. DPMVS 57636001





FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
36561483



13/07/2016 08:30:59

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13768110	MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS	F	27/11/1996	19
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
SSDS PB	11331013488		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R EUGENIA DE OLIVEIRA LIMA 134 FUNCIONARIOS JOAO PESSOA-PB CEP:58000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
98642 5903		MARINALVA VASCONCELOS DOS SANTOS		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGJP			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
10/06/2016	09:22		
Médico Atendente			Clinica
29510716 JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
29510716 JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	INDIVIDUAL
1822-HAPVIDA JOAO PESSOA	4-PLANO INDIVIDUAL ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
30100873937012021		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
1631709	99996666	C10434145	INTERNACAO
1631709	30721199	C10434145	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO

Remessa: 109076

R4310R1 - LUIZ ALEXANDRINO DE OLIVEIRA LIMA NETO



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJP

13/07/2016 08:26

Paciente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS Atendimento: 36549501 Prontuário: 13768110 Convênio: HAPVIDA JOAO

Profissional(is): MARCOS VINÍCIOS AMORIM FREITAS Nº: 04979124 09/06/2016 às 17:45 leito:
CRM 7605

ANAMNESE

CID10

S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Queixas e Sintomas Gerais

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM PUNHO DIREITO HÁ 5 HORAS

HDA





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJP

13/07/2016 08:30

Paciente:	MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS	Atendimento:	36553030	Prontuário:	13768110	Convênio:	HAPVIDA JOAO	
Profissional(is):	GISELY MARIA DA CONCEIÇÃO COREN 783734			Nº:	04983861	09/06/2016 às 23:39	leito:	118215

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

TRAMAL AMPL 100MG 0 EV ADMINISTRADO AS 23:39, EM 09/06/2016
RESP. GISELY MARIA DA CONCEIÇÃO, COREN/PB 783734.



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 05/02/2020 09:44:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020509441283200000026991488>
 Número do documento: 20020509441283200000026991488

Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 05/02/2020 09:44:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020509441283200000026991488>
 Número do documento: 20020509441283200000026991488

Num. 27982064 - Pág. 1



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Page 1 of 1

Página 1 de 1

Emissão: 13/07/2016 08:30:33

Nº Prescrição: 9806884	Atendimento: 36553030	Prontuário: 12768110	Data: 09/06/2016	Hora: 23:28
Paciente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS	Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADT - HOSP JOAO PE	Peso: kg	Leito: 118215/27
1. TRAMAL (50.00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/100MG Agora	EV	
Agua Destilada	100 ml			
7. Alta em: 09/06/2016	apartir de 23:30	ALTA AMBULATORIAL NORMAL		
Alta dada por:	JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO			

RP1541

LUIZ ALEXANDRINO DE OLIVEIRA LIMA 13/07/2016 08:30

10.1.22.96

13/7/201



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 05/02/2020 09:44:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020509441283200000026991488>
Número do documento: 20020509441283200000026991488

Num. 27982064 - Pág. 18

Michaelly Vasconcelos de
Santos.

2. ~~Exiente por frolun de~~
~~função do frolun de~~
~~domínio, necessito frolun~~
~~domínio. Cumprido~~
~~com frolun~~ Cumprido
de frolun.
R. Vasconcelos, 09/06/16



Coordenador Geral Fortaleza (85) 3255.9090

Coordenador Geral (87) 3215.2500

Coordenador Geral (88) 3512.1515

Coordenador Geral (89) 3613.1242

Coordenador Geral (90) 3208.2100

Coordenador Geral (91) 3220.5050

Coordenador Geral (92) 3316.1170

24h 0500.7091630

(92) 3617.0300

(93) 3217.3400

(94) 3321.9200

(95) 3216.7100

(96) 3203.6700

(97) 3287.6500

(98) 3216.7100



Diagnóstico de Enfermagem



Paciente: Marysley Lacerda Leitor: SCF
 Assinatura: _____
 Data: 06/06/16

DIAGNÓSTICOS - Marque com um "X" nos diagnósticos presentes e sublinhe ou acrescente outros relacionados.

Aplicável S T Q Q C S D

Alimentação ineficaz/ interrompida relacionada ao déficit de conhecimento; prematuridade, reflexo diminuído de sucção, doença da mãe.

Anxiedade relacionada ao estresse, necessidades não satisfeitas, ameaça de morte, separação de pessoas significativas, mudança do estado de saúde, mudança de ambiente.

Auto-estima relacionada a distúrbios na imagem corporal, prejuízo funcional, mudança de papel social.

Capacidade adaptativa intracraniana diminuída relacionada à perfusão cerebral diminuída, PIC aumentada, lesões cerebrais, diminuição na perfusão cerebral.

Comunicação verbal prejudicada relacionada à diminuição da circulação cerebral, barreira física, condições fisiológicas, efeitos colaterais de medicamentos.

Confusão aguda relacionada à demência, delírio, abstinência de álcool e outras substâncias.

Confusão crônica relacionada à demência por multi infarto, TCE, Alzheimer, AVE.

Conhecimento deficiente relacionado à limitação cognitiva, falta de familiaridade com os recursos de informação, interpretação errônea de informações, falta de interesse de aprender.

Controloção relacionada à redução da privacidade, tensão emocional, efeitos adversos de medicamentos, lesão neurológica.

Deambulação prejudicada referente à limitação no leito, doença física, dor.

Defeito cardíaco diminuído relacionado à ritmo, frequência cardíaca, volume de ejeção, pressão arterial, pressão de contração e contratilidade alterados.

Deficiência de autocuidado para o banho/ higiene relacionado à diminuição da falta de movimentação, fraqueza, cansaço, ansiedade, dor, prejuízo neuro muscular.

Deglutição prejudicada relacionada a distúrbios respiratórios, alimentação anterior por sonda, lesão neuromuscular, obstrução mecânica, doença cardíaca, defeitos congênitos.

Destruição ineficaz das V.A.S. relacionado à secreções retidas e nos brônquios, disfunção neuromuscular, infecção, DPOC.

Diarréia relacionada à alimentação por sonda, efeitos adversos de medicamentos, processos infecciosos, ansiedade e estresse.

Dor aguda/ Crônica relacionada a agentes biológicos, químicos e físicos.

Eliminação urinária prejudicada relacionada à infecção no trato urinário, dano, sensorio motor, doença.

Fatiga relacionada a ansiedade, depressão, barulho, privação do sono, estado de doença, anemia, má nutrição.

Fiebre relacionada a doença ou trauma, medicamentos.

Hipotermia relacionada à exposição a ambiente frio, uso de vaso dilatadores, doença ou trauma, imobilidade.

Imaturo Neonatal relacionado a idade do neonato entre 1 a 7 dias, mecônio, perda de peso anormal, dificuldade a realizar a transição à vida extrauterina.

Intolerância intestinal relacionada a esvaziamento intestinal incompleto, anormalidade de esfíncter anal, estresse, diminuição geral do tônus muscular, cognição prejudicada, diarreia, vômito.

Painho respiratório ineficaz relacionado à hiper ou hipoventilação, dor, ansiedade, disfunção neuromuscular, posição do corpo, fadiga de musculatura respiratória.

Perfusão tissular periférica ineficaz relacionada a hipovolemia, hipervolemia, hipoventilação,



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome do paciente: _____

Atendimento: _____

Leito: _____

Unidade: _____

Data: ____/____/____

PRESCRIÇÃO	APLICÁVEL	APRAZAMENTO
DESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
Plano de assistência		M () T () N ()
Perfil de enfermagem		M () T () N ()
Plano de assistência		M () T () N ()
Plano de assistência		M () T () N ()
DESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
Exatidão: oral, oral e ocular		M () T () N ()
Exatidão: perfis elevados		Contínuo
Exatidão: de fôlego e proteção de alívio / proteção dos calcâneos		09 12 15 18 21 24 06
Exatidão: de mãos e / álcool 70%, antes da cada manuseio		Cada Manuseio
Exatidão: de mãos e / álcool 70%, antes da cada manuseio		
Exatidão: de mãos e / álcool 70%, antes da cada manuseio		
Exatidão: de mãos e / álcool 70%, antes da cada manuseio		Atenção
Exatidão: de mãos e / álcool 70%, antes da cada manuseio		No ato da admissão - hora: _____
Exatidão: de mãos e / álcool 70%, antes da cada manuseio		
Exatidão: de mãos e / álcool 70%, antes da cada manuseio		Contínuo
Exatidão: de mãos e / álcool 70%, antes da cada manuseio		09 12 15 18 21 24 06
Exatidão: de mãos e / álcool 70%, antes da cada manuseio		
DESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
Exatidão: de mãos e / álcool 70%, antes da cada manuseio		Hora: _____
Exatidão: de mãos e / álcool 70%, antes da cada manuseio		Hora: _____
Exatidão: de mãos e / álcool 70%, antes da cada manuseio		SN - Hora: _____
Exatidão: de mãos e / álcool 70%, antes da cada manuseio		Hora: _____
Exatidão: de mãos e / álcool 70%, antes da cada manuseio		Hora: _____
Exatidão: de mãos e / álcool 70%, antes da cada manuseio		Hora: _____
Exatidão: de mãos e / álcool 70%, antes da cada manuseio		Hora: _____
Exatidão: de mãos e / álcool 70%, antes da cada manuseio		Hora: _____
DESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
Exatidão: de mãos e / álcool 70%, antes da cada manuseio		M () T () N ()
Exatidão: de mãos e / álcool 70%, antes da cada manuseio		M () T () N ()
Exatidão: de mãos e / álcool 70%, antes da cada manuseio		M () T () N ()
DESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
Exatidão: de mãos e / álcool 70%, antes da cada manuseio		Hora: _____
Exatidão: de mãos e / álcool 70%, antes da cada manuseio		Atenção





PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
11/06/2016 01:44 AM

Nº Prescrição: 9816772 Paciente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS S/ Prontoário: 13768110 Data: 10/06/2016 Hora: 22:57
Assentimento: 36561483 Leito: 1A-107 Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA

2 - REALIZAÇÃO/REGISTRANDO

Sinais Vitais - Pressão Arterial 19:00 11/06 01:00 11/06 07:00

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

10/06 2016 23:00	PACIENTE EM IDPO DE FRATURA DE PUNHO CONCIENTE, ORIENTADA EM AVP, ATB, SEQUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	EDJANEIDE VICENTE
11/06 2016 02:00	PACIENTE MCPM	EDJANEIDE VICENTE
11/06 2016 03:00	PACIENTE SEQUE EM SONO E REPOUSO PRESERVADO	EDJANEIDE VICENTE
11/06 2016 08:00	PACIENTE SEQUE MCPM VERIFICADOS SSVV SEQUE SEM QUEIXAS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	EDJANEIDE VICENTE

PROFISSIONAIS

EDJANEIDE VICENTE DOS SANTOS (COREN 696786)





EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome do paciente: Wanderley Brito
 Idade: 19 Leito: 157 Dias de internação: 1
 HD: 157 Unidade: Unidade 1

ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA EVOLUÇÃO	EXAME FÍSICO
1. História da Consciência e Comportamento	8. Controles Vitais (Média do Período)
2. Comunicação / Respostas	9. Drenos, Sondas, Cateteres e Ostomias
3. Estado de Sono e Fapouso	10. Membros / Sistema Vascular
4. Estado de Saúde Respiratória e Cardíaca	11. Pele / Evolução da Ferida
5. Sinais e Sintomas	12. Sinais e Sintomas Referidos
6. Exames e Sistema Respiratório	13. Exames e Procedimentos Realizados
7. Estratégias	14. Orientações e Adicionais do Enfermeiro

NOVA	DATA	EVOLUÇÃO
	10/06/16	Paciente admitido nesta unidade em atendimento do Grupo Pinguim em de 10/06/16, com queixa de dor no abdômen da região da epigástria.
		Andréa de Enfermeira COBEN
		Prévio a cirurgia, Tomografia, Supra- renal



CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Nome: Wendy Varonides Santos Idade: _____
 Prontuário: _____ Data de admissão: _____
 Médico: Dr. Rafael Lara
 Anomaliação: _____

Local de admissão: _____
 Data: 20/02/20 Horário: _____
 Equipe: Lurando Tinto (D)

Marque com "X" as opções da checklist:

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC - CONFIRMAR (Enfermagem do setor de admissão do paciente) Setor: Intensivo

ITEMS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA	ITEMS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Identificação do paciente.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exames de imagem.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avaliação pré-anestésica.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retirada de adomos/prótese e guarda adequada.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informação de lateralidade pelo MA.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Termo de consentimento concedido - cirurgia.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confirmação de vaga em UTL.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Termo de consentimento concedido - anestesia.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exatidão de sinais vitais.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Confirmação de reserva de sangue.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento 2h antes.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesiologista do BO):

ITEMS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA	ITEMS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Confirmação de identidade do paciente.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Confirmada reserva e disponibilidade de sangue e risco de perda sanguínea (> 500ml/adulto - 7ml/kg Criança).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prontidão para:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Via aérea difícil / risco de aspiração.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CPB e de arco.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Confirmação de vaga em UTL.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Checklist completo dos equipamentos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Checkagem completa das medicações a serem utilizadas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Checklist completo das:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesiologista/cirurgião):

ITEMS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Verificação da equipe cirúrgica.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cirurgião, anestesista e enfermeira verbalmente confirmam:

Lateralidade do procedimento: ☒ Direito ☐ Esquerdo ☐

Paciente certo: ☒ ☐ ☐

Sítio cirúrgico identificado: ☒ ☐ ☐

ANTICIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS:

ITEMS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Revisão do diagnóstico.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revisão da instrumental específico para o procedimento a ser realizado.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Checklist de equipamento necessário ao procedimento e o funcionamento.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticoagulação realizada nos últimos 60 min.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revisão da anestesia.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Checklist de drogas e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revisão da enfermagem.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Checklist de material necessário ao procedimento em sala e funcionando.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verificação do material confirmado a validade.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ADONTECIMENTO DO PROCEDIMENTO - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesiologista/cirurgião):

ITEMS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Todos os registros relativos ao procedimento devidamente realizados.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizado a contagem e conferência de materiais, instrumentais, compressas e/ou agulhas de sutura.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizada a acondicionamento correto do material a ser encaminhado para a análise laboratorial e/ou anatomia patológica.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presença de guias e ou relatórios pelo médico cirurgião.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manter a cabeça do leito elevada 30° a 45°.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Checklist de posicionamento de membros.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Checklist de cuidados com drenos e suturas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legenda: S = Sim / N = Não / NSA = Não se aplica.



Prescrição: 0009810523 Atendimento: 36561483
Paciente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

Prontuário: 13768110
Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Data: 10/06/2016 Hora: 10:42
Posto: POSTO 1 ANDAR - HGJP
Peso: 65.00 kg Leito: 1A-103/1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

HORÁRIOS

Indicação	Fase Única	Vol. Total:	500 ml	7.00 gts/min	Acesso Periférico	16:00
hidratação venosa						
CRIO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83	ml/Kcal/dia	500 ml			
CEFALOTRINA SODICA (1.00g) (D0/1)	1g		1 FRAP (C/100)	8/8h	EV	18:00
Agua Destilada			10 ml			
PROFENID-IV (400.00mg)			100 mg	1 FRAP (C/100MG)	8/8h	EV
Soro Fisiológico 0,9%			100 ml			
Suspensão às 10:56 hs de 10/06/16						
PIPERIDINA (500.00mg/ml)			1000 mg	2 ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV
Agua Destilada			18 ml			
Suspensão às 10:56 hs de 10/06/16						
FRANAL (50.00mg/ml)			100 mg	2 ML (AMPL C/100MG)	8/8h	EV
Soro Fisiológico 0,9%			100 ml			
Suspensão às 10:56 hs de 10/06/16						
CLAMET (5.00mg/ml)			10 mg	2 ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV
Agua Destilada			18 ml			
18:00 : 11/06-02:00						
SONDAGEM VESICAL DE ALVIO						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						
DIURATIVO MEDIO+SF+GAZE						
ACOLCHOADA						
6:00						

Patient

‘escrĩaõ: 0009810523

Atendimento: 36561493

Prontuário: 13768110

Date: 10/06/2016

Hora: 10:42

ante: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Posto: POSTO 1ANDAR - HGJP
Peso: 65.00 kg

Leito: 1A-103/1

Peso: 65.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

Alta dada por: **RAFAEL LARA DE FREITAS**

Ado para o SNO

EROFIX

ASSESS

Legenda horário :

C

— Indica item checado.





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - João Pessoa - PB
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 607/076, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1307510, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS** idade 19 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 09/06/2016, na R. Estevão Gerson Carneiro da Cunha, Bairro: Água Fria - João Pessoa - aproximadamente às 13:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcísio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 15 de Julho de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto
Exatístico
CREM® Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



PROIBIDO PLASTIFICAR

1468885698



LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

ASSINATURA DO FORNECEDOR

Francisco Assis Fidelis de Oliveira Filho

DATA EMISSÃO
29/03/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

48156659491
PB034389261

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1468885698

Nº REGISTRO
06430699871



VALIDADE
19/01/2020

1ª VALIDADE
31/08/2015

PERMISSÃO

ACC. CENAL

7/B

FILIAÇÃO
JOSE RONALDO SEVERINO
DOS SANTOS
MARTALVA VASCONCELOS
DOS SANTOS

CM
113.310.134-88

DATA NASCIMENTO
27/11/1996

INSCRIÇÃO / ORGANIZAÇÃO
3814302

SSDS

PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAMENTO
NOME
MIRABELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAMENTO



Titular: MIKAELLY V D SANTOS
Cartão: 02161.118261.109

Central de Atendimento Riachuelo	
Capitais e regiões metropolitanas	3003-4342
Demais localidades	0800 701 4342
SAC (Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais)	0800 721 4033
Deficientes Auditivos	0800 722 0604
Ouvidoria (Das 10h às 16h - segunda a sexta exceto feriados)	0800 727 3255

Vencimento	Saldo a Pagar R\$	Parcelamento de Fatura até o Vencimento	Parcelamento Automático Antes e Após o Vencimento
15/12/2017	175,11	Opção não disponível	Opção não disponível

Histórico das Despesas					
DATA	LOJA	DESCRIÇÃO	VALOR DA COMPRA	Nº PARC	LANÇAMENTO DO MES
14/08/17	031	COMPRA PARCELADA	510,40	03/03	175,16 D
03/11/17	001	PAGAMENTO			175,11 C
15/12/17	001	Seguro Desemprego Nova			495 D

Caso você possua opção de parcelamento automático, pague qualquer valor acima da opção da parcela citada no BOX DE PARCELAMENTO AUTOMÁTICO que a diferença será parcelada com juros em até 12x fixas com valor de parcela mínima de R\$ 5,00. Essa opção é válida até 15 dias após o vencimento. Encargos por atraso e IOF referente ao período, serão incluídos no cálculo do financiamento. Multa contratual por atraso será debitada integralmente na próxima fatura.

Limites R\$	
Limite Disponível para Compra em 15/12/17	R\$ 79,84
Total de Compras a Vencer	R\$ 0,00
Limite disponível de Crédito Pessoal*	R\$ 0,00
Limite disponível para Saque*	R\$ 0,00

Encargos	
Descrição	Valor
REFINAN. DE SALDO	17,90% a.m.
REFINANCIAMENTO MAX. PROXIMO MES	20,90% a.m.
MULTA CONTRATUAL POR ATRASO	2,00%
JUROS REMUNERATORIOS POR ATRASO	17,90% a.m.

Informamos que a partir de Dezembro/2017, os valores dos Seguros e Assistências das apólices, que completam um ano de sua vigência, sofrerão um reajuste com base no Índice IPCA/IBGE.

Caso você possua Seguro(s) e Assistência(s) e tenha dúvida, ligue na Central de Atendimento Cartão Riachuelo.

Nº Sorteio - Produtos Financeiros			
Descrição	Código	Valor	Data Sorteio

Informações Importantes
CARO CLIENTE, CASO POSSUA SEGURO OU ASSISTENCIA CONTRATADA, INFORMAMOS QUE O NAO PAGAMENTO DO PREMIO MENSAL IMPLICARA NA AUSENCIA DE COBERTURA SECURITARIA E NO CANCELAMENTO DO SEGURO, CONFORME CONDIÇÕES GERAIS: WWW.MIDWAYFINANCEIRA.COM.BR



Código do Cliente	Pagamento Mínimo
02161118201109	
Vencimento da Fatura	Total da Fatura


Bradesco	237-2	23792.37403 92216.111820 61008.360002 4 00000000000000
Local de Pagamento		Vencimento
PAGAVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA OU NAS LOJAS RIACHUELO		15/12/2017
Beneficiário		Agência / Código do Beneficiário
MIDWAY SA - 09.464.032/0001-12 - R LEAO XIII, 500, TERREO ANEXO A, SP		2374-4/0083600-1
Data do Documento	Número do Documento	Data do Processamento
03/12/2017	161118261	03/12/2017
Uso do Banco	Carteira	Quantidade
	09	Real
Instruções: (Texto de responsabilidade do beneficiário)		Valor
PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO VALOR COBRADO. FATURAS PAGAS APOS O VENCIMENTO, TERAO ACRESCIMOS E JUROS REMUNERATORIOS PELO ATRASO. O PAGAMENTO SOMENTE ESTARA DISPONIVEL PARA A RIACHUELO APOS 3 DIAS UTEIS. NAO ACEITAR PAGAMENTO EM CHEQUE. DICA DE SEGURANCA CONFIRA OS 5 PRIMEIROS NUMEROS DA LINHA DIGITAVEL. ELES SEMPRE DEVERAO CORRESPONDER AO CODIGO DO BANCO BRADESCO 23792.		1 (+) Valor do Documento
		2 (-) Desconto / Abatimento
		3 (-) Outras Deduções
		4 (+) Mora / Multa
		5 (+) Outros Acréscimos
		6 (=) Valor Cobrado
Pagador MIKAELLY V D SANTOS		
Assinatura / Assinatura		



Autenticação Mecânica
Ficha de Compensação



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 200.1.19.29181/01
Nº do Processo: Comarca: Joao Pessoa			Data de emissão: 03/10/2019
Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7			Data de vencimento: 31/10/2019
Número da guia: 200.2019.629181 Tipo da Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,63
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.012,60 Promovente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS - Taxa Judiciária: R\$ 177,19 - Despesas processuais postais: R\$ 13,01 Promovido: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.204,15
			Desconto total: R\$ 0,00
866200000127 041509283184 520191031209 011929181011 			Valor final: R\$ 1.204,15

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 200.1.19.29181/01
Nº do Processo: Comarca: Joao Pessoa			Data de emissão: 03/10/2019
Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7			Data de vencimento: 31/10/2019
Número da guia: 200.2019.629181 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,63
Promovente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS Promovido: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Detalhamento: - Despesas processuais postais: R\$ 13,01 - Cartas: R\$ 13,01			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.204,15
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 1.204,15

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 200.1.19.29181/01
Nº do Processo: Comarca: Joao Pessoa			Data de emissão: 03/10/2019
Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7			Data de vencimento: 31/10/2019
Número da guia: 200.2019.629181 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,63
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.012,60 Promovente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS - Taxa Judiciária: R\$ 177,19 - Despesas processuais postais: R\$ 13,01 Promovido: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.204,15
			Desconto total: R\$ 0,00
866200000127 041509283184 520191031209 011929181011 			Valor final: R\$ 1.204,15





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

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 200.2019.629181

Data Vencimento: 31/10/2019

Data Emissão: 03/10/2019

Comarca: Joao Pessoa

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

Promovido: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Valor da Causa: R\$ 11.812,50

Despesas Processuais: R\$ 13,01

Custas: R\$ 1.012,60

Taxa: R\$ 177,19

Total da Guia: R\$ 1.202,80

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

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.





Poder Judiciário da Paraíba
11ª Vara Cível da Capital

Vistos, etc.

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

Citações e intimações necessárias. Cumpra-se.





Poder Judiciário da Paraíba
11ª Vara Cível da Capital

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

Número do Processo: 0807345-06.2020.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [Seguro]
Polo ativo: AUTOR: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS
Polo passivo: REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

CERTIDÃO

Tendo em vista os efeitos das Resoluções 313, 314 e 318/2020 do CNJ e em face dos Atos Conjuntos 01 a 04/2020 adotados pelo TJPB, resta dificultado o encaminhamento de expedientes físicos via Aviso de Recebimento, pelo que os presentes autos passam a constar de relação de expedientes pendentes aguardando a normalização das atividades judiciais para seu imediato cumprimento. Certifico e dou fé.

JOÃO PESSOA, 13 de maio de 2020
GENEYSSON ANDRE PEREIRA CORREIA

