

Digitalizado com CamScanner



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA, brasileiro, viúvo, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 432987 SSP/RO, inscrito no CPF sob o nº 343.569.404-15, residente e domiciliado rua Vicêncio Rodrigues de Vasconcelos, 206, Joao Olegário, São Bento -PB, , pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui sua bastante procuradora:

OUTORGADA: MAYARA SOARES SILVEIRA, brasileira, casada, Advogada OAB/PB nº. 19.046 e ANA LUÍSA ALVES VERAS, brasileira, solteira, estagiária em direito, inscrita no CPF sob o nº: 070.573.124-31, com escritório profissional situado à Rua Ana Maria Ribeiro, nº. 280, Centro, São Bento-PB.

PODERES: a quem confere amplos poderes com a cláusula *ad judicia* para, como seu (a) advogado (a), representar o (a) outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial e ou intimações renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Artigo 105 do Código de Processo Civil, tudo precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por bom, firme e valioso.

São Bento-PB, 06 de novembro de 2020.

Elpidio Herculano da Silva
ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

Digitalizado com CamScanner





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 81 89. Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200233729

Vítima: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

Data do Acidente: 10/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: $7,00\% \times 13.500,00 =$ R\$ 945,00

Recebedor: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000004917

Conta: 000006307-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAM existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitado ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do Seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Digitalizado com CamScanner



DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª Superintendência Regional
18ª Delegacia Seccional Catolé do Rocha-PB
Delegacia de São Bento
Fone (83)3444-2804
Disque denúncia 197



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 355/2020

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **10/12/2019** hora: **04:00 HRS**

Notificante: , alcunha " ", Nacionalidade: ,
naturalidade: , nascido em / / , documento: ,
filho(a) de e de , endereço: *****, referência: .

Sob a responsabilidade do(a) Bel(*): EDMILSON DOS SANTOS A. NETO

Vítima: **ELPIDIO HERCULANO DA SILVA**, alcunha " ", Nacionalidade: brasileira, naturalidade: Paulista-PB, idade: 58 anos, nascido em 06/09/1960, cor/raça: *****, Estado Civil: Viúvo, Profissão: agricultor, Escolaridade: alfabetizado , documento: CPF 343.569.404-15, filiação: Elviro Manoel Herculano e de Eliza Maria da Conceição, endereço: Rua Vicencia Rodrigues de Vasconcelos, 206, João Olegário, São Bento-PB, referência: . Tel/Cel: (83) 99838-8840;

HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que comparece para informar que na data de 10/12/2020 por volta das 04:00 hrs conduzia a moto Honda Biz 125 ES, 2006/2006, prata, chassi 9C2JA04206R825222, placa MNG-8222 licenciada e de propriedade de Francisca Sueli de Sousa Ramalho; Que trafegava pela Av. Pedro Eulálio entre os postos de combustíveis, Vieira e Dois Irmãos, quando colidiu na traseira do caminhão de coleta de lixo que estava estacionado; Que em consequência do acidente sofreu uma fratura na perna direita; Que recebeu os primeiros atendimentos no hospital de São Bento-PB e em seguida encaminhado para o hospital de regional de trauma de Patos-PB onde foi submetido a cirurgia. Nada mais a consignar.

São Bento-PB, 30 de junho de 2020. As 09:29 horas.

Elpidio Herculano da Silva

Notificante Testemunha Arrogada
Pato

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Pedro Terceiro de Carvalho Amorim
Matrícula: 168.203-2



Digitado com CamScanner



ENCAMINHAMENTO

59 anos

Encaminho o Paciente

Eduardo Henrique J. P. P.

Residente na (o) Deverino Batatinha dos Santos/ Bairro Portal

Município de

Re. Bento - PB

Para o (a)

Hospital Regional

Na cidade de

Patos

MOTIVO

Feb. vaginal de colos molt. tam.
suspeita de prof. gravidez. Q. Tela.
- liberação de Drs. Silviano e
- condit. de nalgas em g.p.b.

OBS. O encaminhamento foi realizado pela Secretaria da Saúde de São Bento-PB

Atenciosamente,

São Bento -PB, em 10/12/18

Dr. Antônio Rogério da L. P. P.
Médico
CRM-PB 8420 RN 7473
CNB 70003134002788

Digitalizado com CamScanner



10. <input type="checkbox"/> Retardado (p>24h) <input type="checkbox"/> Ausente	11. <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Ausente
12. <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Não realizado	13. <input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Comportamental <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Múltiplos
14. ESTADO NEUROLOGICO	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Nauséas <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Rigidez <input type="checkbox"/> Micturíca	
15. ESTADO GASTRO-INTESINAL	
<input type="checkbox"/> Náuseas/vomito <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> constipação <input type="checkbox"/> Trabalho de parto <input type="checkbox"/> Outros:	
EXAMINADORES E PROCEDIMENTOS	
EXAMINADORES	
PROCEDIMENTOS	
abertura vias aéreas <input type="checkbox"/> Intubação rasa / endotraqueal <input type="checkbox"/> Cricotriptomia <input type="checkbox"/> Oronasalotomia <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual - "ANZU") plástico <input type="checkbox"/> Infusão de oxigênio (O ₂) <input type="checkbox"/> Drenagem torácica <input type="checkbox"/> Necessária corda externa <input type="checkbox"/> Desfibrilação / cardioversão <input type="checkbox"/> Controle de hemorragia sangue <input type="checkbox"/> Puncão venoso <input type="checkbox"/> Sonda gástrica <input type="checkbox"/> Sonda vesical <input type="checkbox"/> Sialogia <input type="checkbox"/> Instalação de membrana <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Tétes / tração traqueal <input type="checkbox"/> Outros:	
EXAMINAMENTO	
TRATAMENTO / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA) <i>9 FOG9%</i>	
VULGAR / INTERCORRÊNCIAS <i>p.c. (pac.c. Guif. - 55 ANOS) estavam subfase de protocolo de ressuscitação. ora 1. 09. 09.9% e encaminhado ao Hmam P. S. Lee. inf. levaria mais 01 hora.</i>	
POSSESSEMENTO <input type="checkbox"/> Apresentando <input type="checkbox"/> Recusa o exame <input type="checkbox"/> Ótimo no local <input type="checkbox"/> Ótimo durante o exame <input type="checkbox"/> Ótimo durante o transporte	
TIPO DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/> Ambulância <input type="checkbox"/> Ambulância hospitalar <input type="checkbox"/> Ambulância particular <input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/> Escala de paciente (cabeça)	
ENTREGA DE SAÚDE	
DATA: _____ HORA: _____	
ATEND. _____	
IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE	
NOME: <i>Jail M. Souza</i> - CO. DE REFERÊNCIA: _____	
CO. DE REFERÊNCIA: _____ CO. DE REFERÊNCIA: <i>Coren PB: 372.507</i>	

Digitalizado com CamScanner



NOME: ELPÍDIO HERCULANO DA SILVA

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE CAUSADO POR MOTOCICLETA NA CIDADE DE SÃO BENTO – PB NO DIA 10/12/2019. APRESENTAVA DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR DIREITO. FOI ATENDIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DE PATOS, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA DOS OSSOS DA Perna DIREITA.

REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA DCP 4,5 mm E PARAFUSOS CORTICAIS. NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE DE ALTA ORTOPÉDICA.

AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA CICATRIZ DE 30 (TRINTA) CENTÍMETROS EM FACE ANTERIOR DA Perna, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DE 2,5 CENTÍMETROS, DEFÍCIT DE FORÇA FORÇA EXTENSORA DO JOELHO E TORNOZELO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40° E DA EXTENSÃO EM 10°, APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE MODERADA.

APRESENTA UM COMPROMETIMENTO MODERADO DA FUNÇÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO (50%)

SÃO BENTO – PB 14/08/2020

Dr. Tiago Mendes Borges
Ortopedia e Traumatologista
CRM-PB 8035 - CRM-FE 24461
TEST 14/08

Digitalizado com CamScanner



AMO2

ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data: 10/12/19 Hora: 11 h 30 Gênero: M F Idade 58 anos

Nome/Nome Social: Epidio Henrique dos Silva

Origem*: Hospital de São Bento

Regulado? Sim Não

Cidade: São Bento

Encaminhado? Sim Não

Transporte ambulância Brumado
Queixa principal/História atual de doença/Início dos sintomas Fratura exposta ole fibro e fibro direito

Motivo do atendimento* 053 Acidente de trabalho? TS?

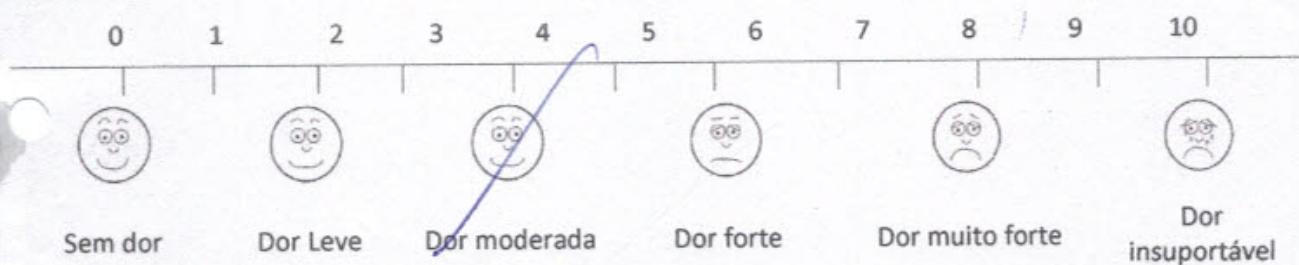
Alergia? Não Sim

Uso de medicação? Não Sim Captopril, glibenclamida, outu

Doença prévia? Não Sim HAS, DM, ansiedade

Temp. ____ °C Pulso ____ bpm Resp. ____ irpm SpO₂ ____ % PA ____ mmHg HGT ____ mg/Dl

Escala de Dor



Classificação de Risco: **vermelha** **laranja** **amarela** **verde** **azul**

Especialidade Médica: Ortopedico

Acompanhante: S/Acomp.(Setor Crítico) S/Acomp.(paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)

Acomp. p/menor de 18 anos ou maior de 60 Acomp. p/paciente com cond. Clínica limitadora

*Consultar tabela para preencher

Dalvani do N. Martins

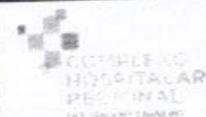
Enfermeiro

COLABORADOR

Dalvani

Enfermeiro/Carimbo





CONTROLE DA PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS
SFH/CCIH



*Nome Elpidio H. da Silva Prontuário _____
 Clínica Ortopedia Enfermaria _____ Leito _____ Data de Admissão 10/12/14

Sexo Masculino Feminino **Peso _____ **Idade 59

*Indicação de Antimicrobiano: Profilático Terapêutico

Se uso profilático por tempo maior que 48 horas, justifique: _____

*Topografia da infecção: Trato urinário Respiratória Cirurgia
 Pele e Tecido subcutâneo Corrente sanguínea Outra _____

Classificação da infecção: Comunitária Hospitalar

*Antimicrobiano/Dosagem	*Via	*Posologia	*Tempo (dias)
1 Cefazolina 5g	(EV)	08/08/4	07/25
2 Gentamicina 300mg	(EV)	28/08/4	
3			

Se o tempo de uso do antimicrobiano for maior do que 14 dias, justifique: _____

*Itens de preenchimento obrigatório para início da liberação de antimicrobiano.

**Apenas se idade menor de 12 anos

Data: 10/12/14

Identificação do Médico _____

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7417

Assinatura/Carimbo

Justificativa da utilização de antimicrobiano de uso restrito:

PARECER: De acordo

Observações: _____

Contrário

Data: 10/12/14

CCIH _____ SFH _____

ENCAMINHAMENTO

Dr. João
59 anos

Encaminho o Paciente

Residente na (o) Deverino Saturnino dos Santos / Bairroamento Portal

Município de

Para o (a) Hospital Regional

Na cidade de Patos

MOTIVO

Pct vrtim de colo prot-tora
(ouço pnt de mab) pratico. de fibro-
-fibula fodo int. fib. de colo
e condit de colo on f.d. t.
Fratura exp. 6A-III

OBS. O encaminhamento foi realizado pela Secretaria da Saúde de São Bento-PB

Atenciosamente,

São Bento -PB, em 10/12/18

Dr. Antonio Rogério de L. Paiva
Médico
CRM-PB 8429/RN 7473
CNS 700503131002756

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	CNPJ 08.778.268.0023/76		
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO			
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N			
CIDADE	PATOS	UF PB		
CLASSIF. RISCO	VERDE			
ORIGEM	SÃO BENTO-HOSPITAL MARIA PAULINO LUCIO			
PACIENTE	ELPIDIO HERCULANO DA SILVA			
NOME SOCIAL		FILIAÇÃO II	ALVIRO MANOEL HERCULANO	GÊNERO M
FILIAÇÃO I	ALIZA MARIA DA CONCEICAO	IDADE	59a 3m COR PARDO	
NASCIMENTO	06/09/1960			
PROFISSÃO	APOSENTADO	BAIRRO	LOTEAMENTO PORTAL	
ENDERECO	RUA SEVERINO SATURNINO DOS SANTOS n°SN	CEP	58865000	
CIDADE	SAO BENTO	CELULAR	8399244232	
TELEFONE		CPF	343.569.404-15	REG. NASC.
CNS	700500703441353	R.G	432987	
ESTADO CIVIL	VIUVO			
F.A.A	82447	PRONTUÁRIO	42037	
MOTIVO	DOR NA Perna	OPERADOR	AARAUJO	
D.	10/12/2019 Horário: 11:40	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCI	
CABINETE	02 -URGENCIA			
PROCEDIMENTO	0000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO			
CONVÉNIO	SUS AMBULATORIO			
TRANSPORTE	AMBULANCIA BRANCA			
PRESTADOR	JOAO HERBET SUASSUNA LAUREANO			

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Luislison Lima da silva

PESO= PA= X mmHg TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SCITAÇÃO DE PARECER
min

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRÍÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

CID

CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIMENTO PELO SISTEMA TNM

INFARNA

03/10/2020

Dr. Marrelo Augusto Serrafim
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 6196 - SBO/T 9402



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNACÃO	82452	HORA	12:30	PRONTUÁRIO	42037
DATA	10/12/2019			OPERADOR	LCEA
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA				
CLASSIF. RISCO	SÃO BENTO-HOSPITAL MARIA PAULINO LUCIO				
ORIGEM	JOAO HERBET SUASSUNA LAUREANO				
MÉDICO					
MOTIVO	DOR NA PERNAS				
PACIENTE	ELPIDIO HERCULANO DA SILVA IDADE 59a 3m GÊNERO MASCULINO				
FILIAÇÃO I	ALIZA MARIA DA CONCEICAO				
FILIAÇÃO II	ALVIRO MANOEL HERCULANO				
CIDADE	SAO BENTO	PB	58865000		
ENDEREÇO	RUA SEVERINO SATURNINO DOS SANTOS SN				
BAIRRO	LOTEAMENTO PORTAL				
MUNICIPALIDADE	PAULISTA				
TELEFONE	CELULAR 8399244232				
C.N.S.	700500703441353	IDENTIDADE			432987
C.P.F.	343.569.404-15	REG. NAC.			
NASCIMENTO	06/09/1960	COR			PARDO
EST. CIVIL	VIUVO	PROFISSÃO			APOSENTADO

RESPONSÁVEL ELPIDIO HERCULANO DA SILV Ass. Resp./Paciente Elpidio Herculano da Silva

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

Vitiosos de origem de fatores fisiológicos

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

Doenças + Sintomas de fatores fisiológicos

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

Raio X das Pernas

DIAGNÓSTICO

Festas excessivas horas (Disfase)

CID

DADOS DA SAÍDA

Data 12/12/19

Hora 08 H 00 Min

MOTIVO

Alta Curado Alta Melhorado Alta a Pedido
 Transferência Evasão Óbito

ÓICO/CRM

Dr. Leonardo Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6818 - TECIT 12491



Nome do Paciente:		61 Pino Heráclito do S. S. S.		Nº Prontuário:
Data da Cirurgia:		10/12/19	Enf.:	Leito:
Cirurgião:		Dr. José Suassuna		1º Auxiliar: Dr. Gonçalo Mello
2º Auxiliar:		3º Auxiliar:		Instrumentador:
Anestesista:		Tipo de Anestesia:		
Diagnóstico Pré- Operatório:		Fratura exposta artrose tibiofibula (1)		
Tipo de Cirurgia:		osteossíntese artrose tibiofibula (1)		
Diagnóstico Pós- Operatório:		O Heráclito		
Relatório Imediato do Patologista:				
Exame Radiológico no ato:				
Acidente Durante a Cirurgia:				

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 1) Parte com os gatos osteotomias
- 2) ossos + coloções com ferreira
- 3) Análise de lesões + desvio para tibiofibula
- 4) Hemostase Vaso subenter + LMC fixação 1
SF 0.91.
- 5) Remoção de fios + fixação de fios e ferreias
- 6) Sutura + curativo

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7417

RELATÓRIO DE CIRURGIA



PACIENTE: <i>Elpídio Herculano da Silva</i>					 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE JANDIÚ CARNEIRO
QD.: <i>A. Amoreli</i>	LEITO: <i>02</i>	CONVÉNIO: <i>SUS</i>	IDADE: <i>59</i>	REGISTRO: <i>42037</i>	
CIRURGIA: <i>190. Cirurgia de Art. Coxa e fíbia</i>		CIRURGIÃO: <i>DR. João</i>			
ANESTESIA: <i>Raque</i>		ANESTESISTA: <i>DR. Rito</i>			
INSTRUMENTADORA: <i>Grogl</i>	DATA: <i>10.12.19</i>	INÍCIO: <i>12:50</i>	FIM: <i>14:00</i>		

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Scalp <i>500,97</i>
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi <i>NO</i>
	TX. Monitor Cárdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
✗	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
✗	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
1	Neocaín <i>PESADA</i>		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocafina a 2%	✗	Esparadrapo
	Etodimide		Xilocafina Gel
	Ketalar	✗	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	✗	PVPI Tintura
1	Dimorf	✗	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Agulha Descartável
1	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19 g <i>enazolna 250</i>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Dixtal <i>oxametazolina</i>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Plastil <i>ondaschone</i>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		<i>Nylon 3.0</i>
			<i>Vicril 0</i>

FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: HRP Enfermaria: _____

Leito: _____ Nº Prontuário: _____ Data: 10/12/19

Nome: Elpidio Herculano de Souza -

Sexo: () Feminino Masculino Idade: 59 Peso: 67 kg Altura: _____ Cor: P

Data Nascimento: _____ / _____ / _____ Pressão Anterior Pulso: 125x76/66 Respiração: espontânea

Temperatura: afibril Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____

Hematórito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____

na: _____

Aparelho Respiratório: OK Asma: Niça Bronquite: _____

Aparelho Circulatório: OK Eletrocardiograma: _____

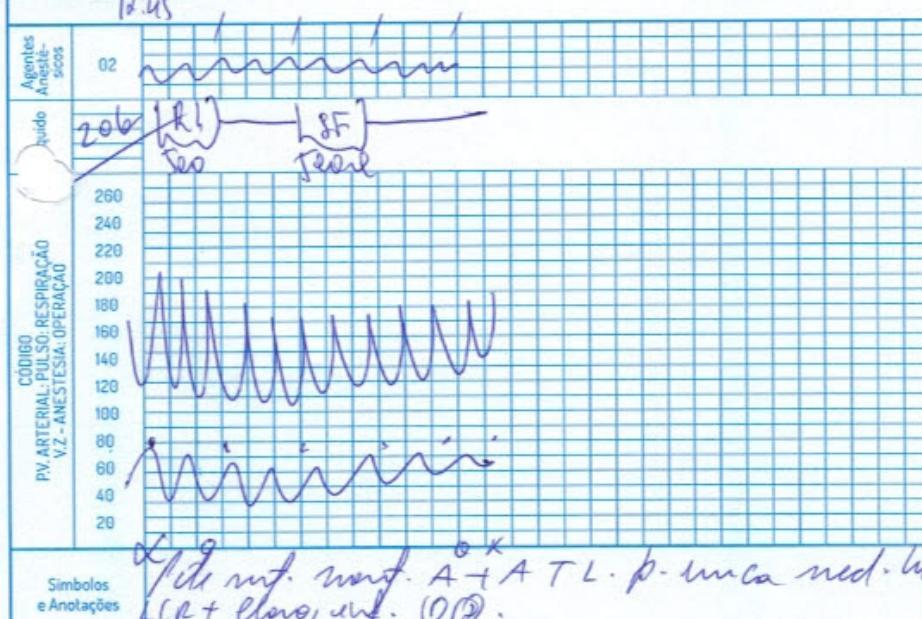
Aparelho Digestivo: Téfirum Dentes: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____

Estado Mental: Lots Ataraxicos: _____ Corticoides: _____ Alergia: Aljer Hipotensores: _____

Diagnóstico Pré Operatório: Fractura tibia Estado Físico: _____ Risco: _____

Anestesia Anteriores: _____

Medicação Pré-Anestésica: 10.45 Aplicada às: _____ Efeito: _____



INDUÇÃO
Satisf _____ Excit _____ Tosse _____
Laringo Espasmo _____ Lenta _____

Náuseas _____ Vômitos _____
Outros _____

MANUTENÇÃO
Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____
Não, porque? _____

DESPERTAR

Reflexos na SO _____

Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____

Náuseas _____ Vômitos _____

Outros _____

Com cânula _____
para o leito sim _____ não _____

Posição: lit. - DDH

Agentes: 0 Sufi-fes - 15 mg + 0 Morfina 80 Cânula: _____

Técnica: laring Operação: rot. art. co tibia

es: Dr. Joes Funes Anestesistas: MM

acões: _____



TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro.

Nome do Paciente Elpidio Herenlomo da silva RG 4.329.87

Nome do Médico _____ CRM _____

Procedimento Cirúrgico _____

data da realização _____ / _____ / _____

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
 2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
 3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.
 4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos e benefício e alternativa.
 5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
7. Confirmei que recebi explicações, li, comprehendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Patos, 10 de Dezembro de 2019

S. Alisson Lima da silva

Assinatura do Paciente ou Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.



Hospital Regional de Patos - RX

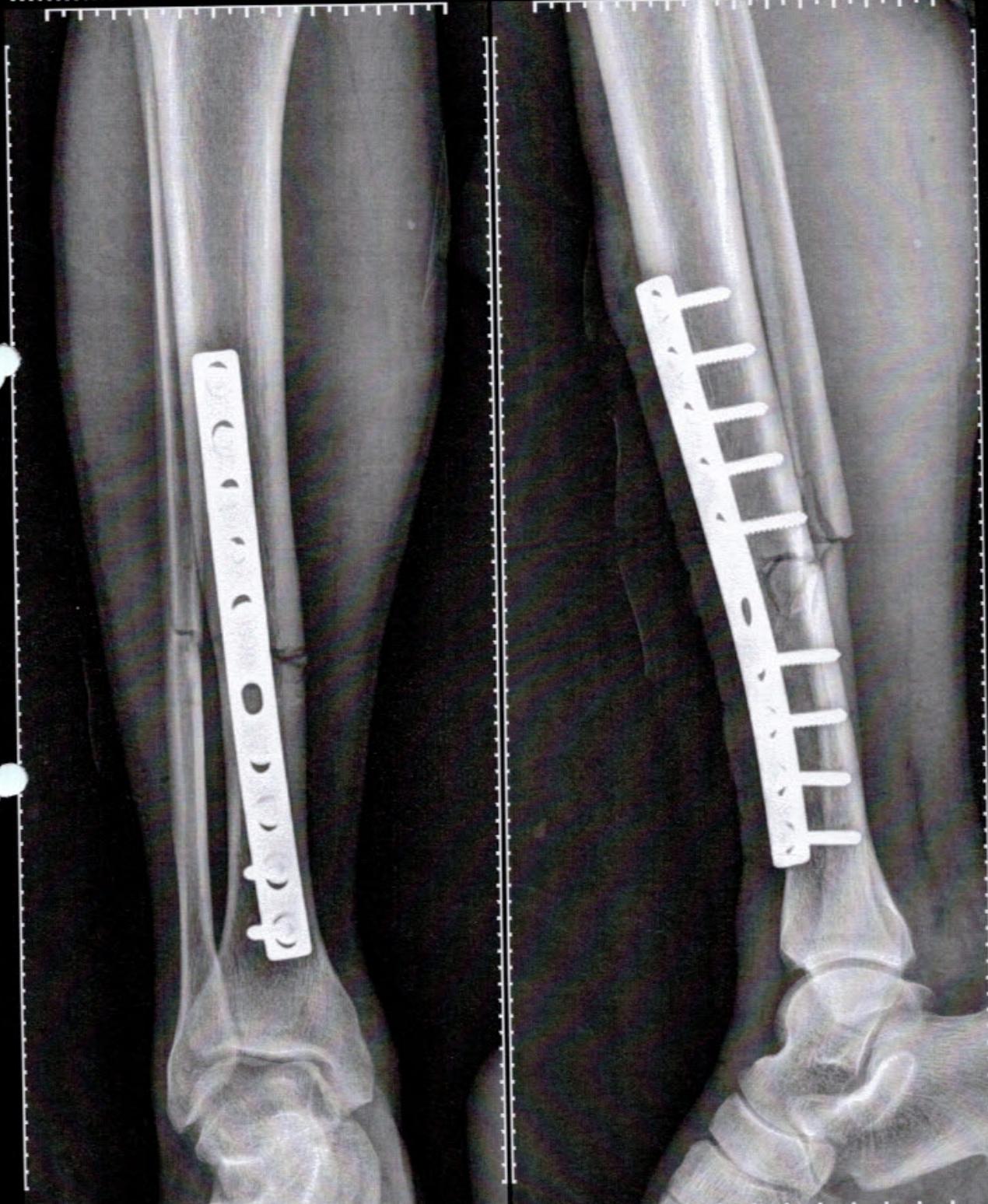
000000596575

70 %

El_s:399 000000596575

70 %

El_s:331



Tibia /Fibula D, AP

10/Dez/2019 18:01:30

Tibia /Fibula D, Lateral

10/Dez/2019 18:02:02

000000033915

ELPIDIO HERCULANO DA SILVA, , *6/Set/1960



Assinado eletronicamente por: MAYARA SOARES SILVEIRA - 12/11/2020 09:38:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209385575800000034910201>

Número do documento: 20111209385575800000034910201

Num. 36569076 - Pág. 11

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	82452	PRONTUÁRIO	42037
DATA	10/12/2019	OPERADOR	LCLEA
MÉDICO	JOAO HERBET SUASSUNA LAUREANO		
PACIENTE	ELPIDIO HERCULANO DA SILVA	IDADE	59a 3m

RESUMO CLÍNICO:

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA Curado Melhorado Inalterado Óbito

DESTINO Residência Atendimento domiciliar

Transferência para _____

PATOS/PB, ____ DE ____ DE 20 ____.

HORA DA ALTA MÉDICA: _____

MÉDICO / CRM



◀ Extrato por período

Horários e Limites

Extrato

DATA MOV.	NR. DOC.	HISTÓRICO	VALOR
09/08/2020	000000	REM BASICA	0,00 C
			Saldo 619,11 C
10/08/2020	000000	REM BASICA	0,00 C
			Saldo 619,11 C
10/08/2020	000000	CRED JUROS	0,80 C
			Saldo 619,91 C
10/08/2020	101308	SQ CX AQUI	100,00 D
			Saldo 519,91 C
14/08/2020	141447	SQ CX AQUI	250,00 D
			Saldo 269,91 C
19/08/2020	<u>000197</u>	<u>CRED TED</u>	600,00 C
			Saldo 869,91 C
24/08/2020	221604	SAQUE ATM	150,00 D
			Saldo 719,91 C
26/08/2020	000000	REM BASICA	0,00 C
			Saldo 719,91 C
28/08/2020	281431	SAQUE ATM	150,00 D
			Saldo 569,91 C

RETORNAR

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: MAYARA SOARES SILVEIRA - 12/11/2020 09:38:56
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209385644800000034910207
Número do documento: 20111209385644800000034910207

Num. 36569082 - Pág. 1

◀ Extrato por período

Horários e Limites

Extrato

DATA MOV.	NR. DOC.	HISTÓRICO	VALOR
		SAÍDO ANTERIOR	0,00
		Saldo	569,91 C
09/09/2020	000000	REM BASICA	0,00 C
		Saldo	569,91 C
09/09/2020	091617	SAQUE ATM	60,00 D
		Saldo	509,91 C
10/09/2020	000000	REM BASICA	0,00 C
		Saldo	509,91 C
10/09/2020	000000	CRED JUROS	0,31 C
		Saldo	510,22 C
16/09/2020	161607	SAQUE ATM	160,00 D
		Saldo	350,22 C
19/09/2020	000000	REM BASICA	0,00 C
		Saldo	350,22 C
19/09/2020	000000	CRED JUROS	0,28 C
		Saldo	350,50 C
25/09/2020	251639	SAQUE ATM	100,00 D
		Saldo	250,50 C
25/09/2020	200925	SAQUETERMI	2,30 D
		Saldo	248,20 C
30/09/2020	301527	SAQUE ATM	60,00 D
		Saldo	188,20 C

* 661 - Os lançamentos de extrato não estão disponíveis.

RETORNAR

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: MAYARA SOARES SILVEIRA - 12/11/2020 09:38:56
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209385644800000034910207
Número do documento: 20111209385644800000034910207

Num. 36569082 - Pág. 2

◀ Extrato por período

Horários e Limites

Extrato

DATA MOV.	NR. DOC.	HISTÓRICO	VALOR
		SALDO ANTERIOR	0,00
		Saldo	188,20 C
02/10/2020	000197	CRED TFD	600,00 C
		Saldo	788,20 C
05/10/2020	031753	SAQUE ATM	600,00 D
		Saldo	188,20 C
10/10/2020	000000	REM BASICA	0,00 C
		Saldo	188,20 C
10/10/2020	000000	CRED JUROS	0,12 C
		Saldo	188,32 C
19/10/2020	301527	SAQUETERMI	2,30 D
		Saldo	186,02 C
19/10/2020	000000	REM BASICA	0,00 C
		Saldo	186,02 C
19/10/2020	000000	CRED JUROS	0,10 C
		Saldo	186,12 C
30/10/2020	000260	CRED TFD	300,00 C
		Saldo	486,12 C
03/11/2020	311422	SAQUE ATM	100,00 D
		Saldo	386,12 C
03/11/2020	021705	SAQUE ATM	80,00 D
		Saldo	306,12 C

* 661 - Os lançamentos de extrato não estão disponíveis.

[RETORNAR](#)

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: MAYARA SOARES SILVEIRA - 12/11/2020 09:38:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209385644800000034910207>
Número do documento: 20111209385644800000034910207

Num. 36569082 - Pág. 3

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR				CONTRATO DE TRABALHO			
GRUPO SANGUÍNEO FATOR RH	DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		EMPREGADOR.....			
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				CCG/CPF/CEI.....			
DOADOR DE ORGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				ENDEREÇO			
CARTEIRAS ANTERIORES NÚMERO SERIE UF DATA DE EMISSÃO 12352 100004101 / / / 12/03/10 ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR DATA DA ANOTAÇÃO				MUNICÍPIO....., UF.....			
NÚMERO SERIE UF DATA DE EMISSÃO / / / / / / ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR DATA DA ANOTAÇÃO				ESP. DO ESTABELECIMENTO.....			
				CARGO			
				CBO N°			
				DATA DE ADMISSÃO..... DE.....			
				REGISTRO N°..... FIS./FICHA.....			
				REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA			
				ASS. DO EMPREGADOR E DA SÉGUNDA TESTEMUNHA 1º 2º			
				DATA DE SAÍDA..... DE.....			
				ASS. DA EMPREGADORA E DA SÉGUNDA TESTEMUNHA 1º 2º			
				COM. DISPENSA CD N°			
				FGTS N° DA CONTA:.....			

06

07

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: MAYARA SOARES SILVEIRA - 12/11/2020 09:38:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209385644800000034910207>
 Número do documento: 20111209385644800000034910207

Num. 36569082 - Pág. 4

TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getulio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

124.23894.72-6

NÚMERO:

3785848

SÉRIE:

003-0

UF:

PB

Elvado Henrique da Costa

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



U3

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: MAYARA SOARES SILVEIRA - 12/11/2020 09:38:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209385644800000034910207>
Número do documento: 20111209385644800000034910207

Num. 36569082 - Pág. 5



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

VARA ÚNICA DA COMARCA DE SÃO BENTO

Fórum "Gov. João Agripino Filho", Rua Praça Álvaro Dias, 65, Centro, São Bento-PB, cep 58.865-000 Tel.: (83) 3444-1225

E-mail: sbe-vuni@tjpb.jus.br

NÚMERO DO PROCESSO: 0802125-89.2020.8.15.0881

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) / ASSUNTO: [Seguro]

PROMOVENTE: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

PROMOVIDO: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

DECISÃO

Vistos.

Considerando que as seguradores integrantes do Consórcio DPVAT, reiteradamente não celebra acordos no bojo de processos judiciais, exceto em casos especiais, bem como tendo em mente que a estrutura do Poder Judiciário nesta Comarca não é das mais robustas, não possuindo centro de conciliação, entendo ser desnecessária a designação de audiência de conciliação no presente caso, devendo a parte ré ser **citada para já apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias**.

Seguindo a orientação contida da Recomendação 01/2015 do CNJ, a qual pode ser aplicada analogicamente ao caso em testilha, determino, desde já, **NOMEIO o Dr. Eduardo Chagas Carvalho, perito oficial cadastrado no TJPB (médico), atuante nessa Comarca, para realizar perícia médica no autor, a fim de comprovar as sequelas físicas oriundas do acidente automobilístico mencionado na exordial.**

Faculto ao autor juntar, no prazo da contestação, quesitos para serem encaminhados ao perito, bem como indicar assistente técnico. Caso já tenha juntado seus quesitos na inicial, desconsiderar esse item do presente despacho.

Outrossim, **intime-se a SEGURADORA LÍDER para efetuar o pagamento, em conta judicial vinculada a este processo, dos honorários periciais**, arbitrados em R\$ 200,00 (duzentos reais), segundo cláusula 1.3 do Convênio 015/2014 TJPB.

Cite-se a promovida para apresentar contestação em 15 (quinze) dias, apresentando seus quesitos, caso queira.



Assinado eletronicamente por: JOSE NORMANDO FERNANDES - 13/11/2020 18:29:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111318292488100000034923094>
Número do documento: 20111318292488100000034923094

Num. 36582813 - Pág. 1

Com o depósito do valor dos honorários, intime-se o Perito indicado, o qual já fica automaticamente nomeado pelo Juízo, encaminhando-lhe os quesitos do Juízo, quais sejam: 1) Qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado e os respectivos CIDs? 2) Existe relação de causa entre o acidente de trânsito noticiado na petição inicial e a(s) lesão(ões) apresenta(s)? 3) Houve debilidade permanente do membro, sentido ou função? 4) A debilidade é de caráter temporário ou definitivo? Qual o grau, em percentagem (de 0% a 100%), da debilidade apresentada?

Com a designação da data da perícia pelo médico nomeado, intime-se a parte promovente para comparecer ao local designado pelo médico para a realização da perícia, munido, preferencialmente, de seus documentos pessoais e toda e qualquer documentação pertinente à demanda.

Com a entrega do laudo, falem as partes em 10 (dez) dias, informando se têm interesse em conciliar.

E, finalmente, entregue o laudo, oficie-se ao Banco do Brasil para que transfira o numerário depositado na conta judicial para a conta bancária indicada pelo perito.

Após o cumprimento de todos os itens acima mencionados, conclusos.

Expedientes necessários.

Cumpra-se, com atenção.

São Bento/PB, data do protocolo eletrônico.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, Lei n. 11.419/2006]

JOSÉ NORMANDO FERNANDES

Juiz de Direito em substituição



Assinado eletronicamente por: JOSE NORMANDO FERNANDES - 13/11/2020 18:29:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111318292488100000034923094>
Número do documento: 20111318292488100000034923094

Num. 36582813 - Pág. 2

CIENTE.



Assinado eletronicamente por: MAYARA SOARES SILVEIRA - 06/01/2021 15:27:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010615271230100000036433989>
Número do documento: 21010615271230100000036433989

Num. 38199021 - Pág. 1