



Número: **0800423-26.2017.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Mamanguape**

Última distribuição : **05/04/2017**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes | |
|---------------|-------------------------------------|
| Tipo | Nome |
| ADVOGADO | LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA |
| AUTOR | SERGIO OTAVIO DE SOUZA |
| ADVOGADO | MARCILIO FERREIRA DE MORAIS |
| REPRESENTANTE | JOSELHA PEREIRA DA SILVA |
| RÉU | SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A |

| Documentos | | | |
|------------|--------------------|---|----------------------------|
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 7292444 | 05/04/2017 18:15 | PROCURAÇÃO OK | Procuração |
| 7292493 | 05/04/2017 18:15 | PROC PUBLICA | Procuração |
| 7292528 | 05/04/2017 18:15 | DOC PESSOAIS-OK | Documento de Identificação |
| 7292571 | 05/04/2017 18:15 | DOC PESSOAIS REPRESENTANTE OK | Documento de Identificação |
| 7292600 | 05/04/2017 18:15 | DECLARAÇÃO | Outros Documentos |
| 7292648 | 05/04/2017 18:15 | LAUDO E PRONT | Documento de Comprovação |
| 7292714 | 05/04/2017 18:15 | RESUMO E OUTROS DOCS | Documento de Comprovação |
| 7292779 | 05/04/2017 18:15 | SAMU- | Documento de Comprovação |
| 7292871 | 05/04/2017 18:15 | B.O | Documento de Comprovação |
| 7293455 | 05/04/2017 18:15 | REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO SERGIO OTAVIO | Outros Documentos |
| 9268569 | 18/08/2017 14:57 | Despacho | Despacho |
| 19462783 | 26/02/2019 07:06 | Certidão | Certidão |

PROCURAÇÃO

Contratante: SERGIO OTAVIO DE SOUZA, Brasileiro, Estado Civil: Solteiro, Profissão: Agricultor, Portador da RG: 3.103.158 SSP-PB, CPF: 063.136.444-76, **NESTE ATO REPRESENTADO POR SUA PROCURADORA:** JOSELHA PEREIRA DA SILVA, Brasileira, Estado Civil: Solteira, Profissão: Agricultora, Portador da RG: 2.750.758 SSP-PB, CPF: 045.247.004-80 residente e domiciliado (a) ao Logradouro: Sit Pato D'Água Fria, S/N, Bairro: Área Rural, Cidade: Mamanguape, Estado: Paraíba, CEP: 58.280-000 Telefone: (83)9816-4166/9961-6017

OUTORGADO: Libni Diego Pereira de Sousa brasileiro (a), estado civil casado, profissão Advogado, inscrito (a) na OAB/ PB sob o n.º 15502, com endereço comercial Av. Dep. Edson Bezerra, 1845-369 na cidade de João Pessoa, Estado do PB.

OUTORGADO: Manoel Ferreira de Morais brasileiro (a), estado civil Solteiro, profissão Advogado, inscrito (a) na OAB/ PB sob o n.º 17359, com endereço comercial Av. Dep. Edson Bezerra, 184 Sala 369 na cidade de João Pessoa, Estado do Paraíba.

PODERES: os mais amplos e ilimitados poderes da cláusula "*ad judicium et extra*" para o Foro em geral e, especialmente, onde com esta se apresentar, defender, em conjunto ou separadamente, o Outorgante em qualquer ação em que mesmo seja réu, assistente, oponente ou de qualquer forma interessado, podendo propor ações e delas variar ou desistir, transigir, reconvir, fazer acordos, receber e dar quitação e oferecer todos os recursos em direito admitidos em qualquer instância ou Foro, podendo ainda prestar declarações que julgue sejam necessárias, representando o Outorgante inclusive na área administrativa, voluntária ou contenciosa. Requerer documentos, vista de processos, apresentação recursos ou reclamações, junto às entidades da Administração Pública Direta e Indireta, Autarquias e Fundações (Receitas Federal do Brasil, Estadual e Municipal, INSS, Ibama, Juntas Comerciais, Cartórios Judiciais, etc...), podendo tudo o mais praticar para o mais completo desempenho do presente mandato, inclusive substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reservas de

PODERES ESPECIAIS: solicitar e retirar: a) cópia autenticada de Laudo de Lesões Corporais junto ao IML - Instituto Médico Legal, b) cópia autenticada de Boletim de Ocorrência junto a Delegacia de Acidentes de Trânsito, Polícia Rodoviária e Polícia Militar, bem como, os poderes para requerer quaisquer outros documentos perante esses órgãos que vierem a ser necessários, e por último, poderes especiais para **MOVER AÇÃO DE RESPONSABILIDADE CIVIL E OU SECURITARIA**, podendo autorizar seu procurador(a) supra a requerer os benefícios da Assistência Jurídica Gratuita nos termos da Lei 1.060/50 e 7.115/93

João Pessoa 05 de Abri de 20 17

Josepha Pereira da Silva
OUTORGANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA - COMARCA DE MAMANGUAPE
CARTÓRIO BUSTORFF

2º OFÍCIO DE NOTAS E DE PROTESTO

CNPJ: 09.288.630/0001-88

Rua Pres. João Pessoa, 47 - Centro - Fone (83) 3292-2297 - E-mail: 2cartoriomme@gmail.com

Soraya Xavier Bustorff

Titular

Livro: 280

Folha(s): 184 à 184

PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: SERGIO OTAVIO DE SOUZA.

SAIBAM todos quantos este público instrumento de procuração virem que aos QUINZE (15) dias do mês de ABRIL do ano de DOIS MIL E QUINZE (2015), nesta cidade de Mamanguape, Estado Paraíba, Rua Pres. Joao Pessoa, 47, Mamanguape, Bairro Centro, neste cartório, perante mim Escrevente compareceu(ram) como **Outorgante(s)** o **Sr. SERGIO OTAVIO DE SOUZA**, brasileiro, agricultor, o qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que mantém união estável até a presente data, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 3.103.158, Órgão Emissor SSP/PB, e, do CPF/MF de número 063.136.444-76, residente e domiciliado na(o) Sitio Patos de Agua Fria, s/n, area rural de Mamanguape, no Estado da Paraíba, impossibilitado(a) de assinar, por ser analfabeto, assinando a rogo a **Sra. ANA PATRICIA CONCEIÇÃO DE SOUSA CAVALCANTI**, brasileira, agricultora, casada, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 3.519.603, Órgão Emissor SSDS/PB, e, do CPF/MF de número 086.932.154-42, residente e domiciliada na(o) Avenida Getulio Vargas, 185, Bairro Centro, na cidade de Mamanguape, no Estado da Paraíba, ficando no final desta sua impressão dactiloscópica como prova de seu consentimento, reconhecido como o próprio por mim Escrevente pelos documentos que me foram apresentados em seus originais, e de cuja capacidade jurídica dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia(am) e constitui(em) seu(s)(sua)(suas) bastante(s) Procurador(a)(es)(as) a **Sra. JOSELHA PEREIRA DA SILVA**, brasileira, agricultora, a qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que mantém união estável até a presente data, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 2.750.758, Órgão Emissor SSP/PB, e, do CPF/MF de número 045.247.004-80, residente e domiciliada na(o) Sitio Patos de Agua Fria, s/n, area rural de Mamanguape, no Estado da Paraíba, a quem concede amplos e ilimitados poderes, para representar junto a SEGURADORA LIDER S/A, referente ao seguro DPVAT, podendo, para tanto, apresentar e retirar documentos, preencher formulários, passar recibos, pagar taxas e guias, autorização de pagamento, declaração de residencia, declaração de ausencia do Laude do IML, neles assinando e requerendo tudo que for necessario, apresentando e retirando documentos, fazendo declarações e tudo mais que se faça preciso para inteiro cabal desempenho deste mandato. Enfim, praticar os demais atos do interesse do(a)(os)(as) Outorgante(s), podendo inclusive substabelecer. Os dados do(a)(s) procurador(a)(es) e do objeto da presente foram fornecidos por declaração, ficando o(s) outorgante(s) responsável(eis) por sua veracidade, bem como por qualquer incorreção. Eximindo esta Serventia de qualquer responsabilidade civil e criminal. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina, sendo dispensada a presença e assinatura de testemunhas instrumentárias ex vi do Art. 1º do Provimento nº 03/87, da Corregedoria Geral da Justiça deste Estado. Eu, ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI, Escrevente, subscrevo e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho

() da verdade. As.: ANA PATRICIA CONCEIÇÃO DE SOUSA CAVALCANTI. Está conforme o original. Dou fé. Traslada hoje. Lavrada em 15 de Abril de 2015, às fls. 184 a 184. Emolumentos: R\$ 39,90; Taxa FARREN: R\$ 4,21; Taxa FEPJ(3%): R\$ 1,20; Valor Total: R\$ 45,31, conforme Lei 10.169/2000 do Provimento 05/2006. Selo Digital: AB163632-7JB4 - Consulte autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Mamanguape/PB, 15 de Abril de 2015

ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI

ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI

Escrevente Autorizada



CARTÓRIO BUSTORFF
2º OFÍCIO DE NOTAS

Belº Soraya X. Bustorff - Tabeliã AD-HOC
Bel. Alberto Bustorff F. Quintão - Substituto
Erivaldo Araújo Cavalcanti - Escrevente Autorizado
Bel. Noel X. Bustorff - Escrevente AD-HOC
Rua Pres João Pessoa, 47 - Centro - CEP: 58.280-000 - Mamanguape - PB
TELEFAX (83) 3292-2297 E-mail: 2cartoriomme@gmail.com

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL DE IDENTIDADE

3103158

DATA DE EMISSÃO: 14 MAR 2003

NOME: SERGIO OTAVIO DE SOUZA

FILIAÇÃO: Antonio Otavio de Souza
Leonilda Maria da Conceição

NATURALIDADE: Mamanguape-PB

DATA DE NASCIMENTO: 06.10.1979

Cert. Nasc. Nº 982, Fls. V-156, Liv. A

2, Cart. Capim-PB

CPF: 3103158

ASSINATURA DO TITULAR: *S. Otavio de Souza*

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 85

NÃO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

063.136.444-76

Nome

SERGIO OTAVIO DE SOUZA

Nascimento

06/10/1979

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

15 de Novembro de 1889



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 063.136.444-76

Nome da Pessoa Física: SERGIO OTAVIO DE SOUZA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **09:45:59** do dia **15/04/2015** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **1626.B2A6.A0BF.4A4F**
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

JOSELMA PEREIRA DA SILVA
SIT PATO D'AGUA FRIA, S/N - AREA RURAL
MAMANGUAPE / PB CEP: 58260000 (AG: 14)

Class/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDIMENTO MONOFASICO
Roteiro: 11 - 14 - 189 - 3415
Nº medidor: 00008776860

Referência: Mar/2016
Emissão: 18/03/2016

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 290, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-68
CNPJ 08.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000 826.83
Código para D.C. de Automação: 0001774149

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1774149-7**

Mar / 2016

Canal de contato

Apresentação

* Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

18/03/2016

Data prevista da próxima leitura

18/04/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

4524700480
Insc. Est.

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 13/03/2016 PAGAS
OBRIGADO!

Histórico de Consumo
(kWh)

Fev/16

52

| Anterior | | Atual | | Constante | Consumo | Dias |
|----------|---------|----------|---------|-----------|---------|------|
| Data | Leitura | Data | Leitura | | | |
| 18/02/16 | 52 | 18/03/16 | 119 | 1 | 67 | 28 |

Demonstrativo

| Descrição | Quantidade | Preço | Valor (R\$) |
|----------------------------|------------|---------|-------------|
| Consumo até 30 kWh-BR | 30 | 0,14463 | 4,33 |
| Consumo - 31 a 100 kWh-BR | 37 | 0,24794 | 9,17 |
| Adic. B. Vermelha | | | 0,38 |
| Adic. B. Amarela | | | 0,29 |
| Subsídio | | | 15,24 |
| ICMS | | | 10,87 |
| PIS | | | 0,47 |
| COFINS | | | 2,16 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | |
| CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA | | | 8,90 |
| Devolução Subsídio | | | -15,24 |

Média dos últimos meses
52 kWh

| | BASE DE CÁLCULO | ALÍQUOTA | VALOR R\$ |
|--------|-----------------|----------|-----------|
| ICMS | 42,69 | 25,00 | 10,67 |
| PIS | 42,69 | 1,1100 | 0,47 |
| COFINS | 42,69 | 5,0800 | 2,16 |

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

28/03/2016

R\$ 34,35

c0cd.514e.515d.8858.ff33.a618.76e1.52e4.

Indicadores de Qualidade 1/2016 - Matarazo

| | Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) |
|----------------|------------------|---------|--|
| DIC MENSAL | 14,00 | 0,00 | NOMINAL 220 |
| DIC TRIMESTRAL | 27,97 | | |
| DIC ANUAL | 55,94 | | |
| FIC MENSAL | 6,30 | 0,00 | CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231 |
| FIC TRIMESTRAL | 16,54 | | |
| FIC ANUAL | 33,06 | | |
| OMIG | 7,60 | 0,00 | |
| DICRI | 16,80 | | |

| Discriminação | Valor (R\$) | % |
|----------------------------------|-------------|--------|
| Serviços de Dist. da Energisa/PB | 10,49 | 21,17 |
| Compra de Energia | 14,76 | 29,76 |
| Serviço de Transmissão | 0,82 | 1,85 |
| Encargos Setoriais | 3,92 | 8,69 |
| Impostos Diretos e Encargos | 20,20 | 40,73 |
| Outros Serviços | 0,00 | 0,00 |
| Total | 49,59 | 100,00 |

Valor do EUSD (Ref. 1/2016) R\$ 0,00

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 15,24
- Leitura confirmada

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Sergio Otavio de Souza

RG nº 3103158, data de expedição 24/03/03, Órgão SSP/PB,

CPF nº 063.136.444-76, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>Posto Pato D'agua Fria</u> |
| Número | <u>1171</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>Área Rural</u> |
| Cidade | <u>Momanguaçu</u> |
| Estado | <u>Paraíba</u> |
| CEP | <u>58880-000</u> |
| Telefone de Contato | <u>(83) 99816-4166 / 99961-6017</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 08/04/2016

Assinatura do Declarante: joselma pereira da silva



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2730758 DATA DE EXPEDIÇÃO 07 ABR. 2000

NOME JOSEILHA PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO Antonio Pereira da Silva

Antonia Francisca da Silva

Mamanguape-PB

NATURALIDADE 13-05-1980 DATA DE NASCIMENTO

CERT. NASC. nº 1.741, Fls. V-110

DOC ORIGEM Liv. A-03

CPF

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 919

POLEGAR DIREITO

JOSEILHA PEREIRA DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

045.247.004-80

Nome

JOSEILHA PEREIRA DA SILVA

Nascimento

13/05/1980

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

15 de NOVEMBRO de 1889

15/04/2015

Comprovante de Inscrição no CPF



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 045.247.004-80

Nome da Pessoa Física: JOSELHA PEREIRA DA SILVA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **09:58:06**: do dia **15/04/2015** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **AAAB.97F2.374F.F24E**
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Joselma Pereira da Silva,

RG nº 2450758, data de expedição 07/04/00, Órgão SSP/PB,

CPF nº 045.247.004-80, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>Sít. Pto D'agua Fria</u> |
| Número | <u>517</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>Área Rural</u> |
| Cidade | <u>Mamanguape</u> |
| Estado | <u>Paraíba</u> |
| CEP | <u>58280-000</u> |
| Telefone de Contato | <u>(83) 99816-4166 / 99961-6017</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 08/04/2016

Assinatura do Declarante: Joselma Pereira da Silva



DECLARAÇÃO

SERGIO OTAVIO DE SOUZA, Brasileiro, Estado Civil: Solteiro, Profissão: Agricultor, Portador da RG: 3.103.158 SSP-PB, CPF: 063.136.444-76, **NESTE ATO REPRESENTADO POR SUA PROCURADORA: JOSELHA PEREIRA DA SILVA**, Brasileira, Estado Civil: Solteira, Profissão: Agricultora, Portador da RG: 2.750.758 SSP-PB, CPF: **045.247.004-80 residente** e domiciliado (a) ao Logradouro: Sit Pato D'Água Fria, S/N, Bairro: Área Rural, Cidade: Mamanguape, Estado: Paraíba, CEP: 58.280-000 Telefone: (83)9816-4166/9961-6017, *Declaro não ter entrado judicial para receber os direitos de indenização do seguro obrigatório DPVAT por invalidez referente ao acidente de trânsito sofrido no dia ____/____/____.*

Por este motivo firmo o presente, e venho a declarar sob as penas da Lei e repetirei em juízo se necessário for.

João Pessoa, 15 de Abril de 2015.

Joelha Pereira da Silva

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

SERGIO OTAVIO DE SOUZA, Brasileiro, Estado Civil: Solteiro, Profissão: Agricultor, Portador da RG: 3.103.158 SSP-PB, CPF: 063.136.444-76, **NESTE ATO REPRESENTADO POR SUA PROCURADORA: JOSELHA PEREIRA DA SILVA**, Brasileira, Estado Civil: Solteira, Profissão: Agricultora, Portador da RG: 2.750.758 SSP-PB, CPF: **045.247.004-80 residente** e domiciliado (a) ao Logradouro: Sit Pato D'Água Fria, S/N, Bairro: Área Rural, Cidade: Mamanguape, Estado: Paraíba, CEP: 58.280-000 Telefone: (83)9816-4166/9961-6017, Declaro sob as penas da lei que não tenho condições de arcar com a custa, do processo sem prejuízo do meu sustento e de minha família, por isso requeiro os benefícios da assistência judiciária gratuita nos termos da lei nº 1060/50.

João Pessoa, 15 de Abril de 2015.

Joelha Pereira da Silva



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 | SÉRGIO OTÁVIO DE SOUZA |
| DATA DE NASCIMENTO | 06/10/79 |
| NOME DA MÃE | NÃO INFORMADO |

DADOS EXTRAÍDOS

| | |
|------------------------|-------------------------|
| PRONTUÁRIO N.º | 86.891 |
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 823.301 |
| DATA DO ATENDIMENTO | 22/03/15 |
| HORA DO ATENDIMENTO | 08:34 |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO | ACIDENTE DE MOTOCICLETA |
| DIAGNÓSTICO (S) | TCE GRAVE |
| CID 10 | S06.9 |

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada deste Hospital. Paciente vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo SAMU, inconsciente, apresentando desconforto respiratório. Abdomen sem queixas. Glasgow 03. Presença de trauma facial, ferimento corto-contuso frontal, escoriações. Imagens radiológicas sem sinais fraturas. Paciente entubado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RESULTADOS DOS EXAMES:

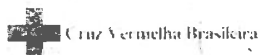
TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

| | |
|------------------|----------|
| ALTA HOSPITALAR: | 29/03/15 |
| DATA DA EMISSÃO: | 07/03/16 |

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

ACOLHIMENTO, sn - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 881965



GOVERNO
DA PARAÍBA

Rx



Sistema

Identificação do paciente

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| ID 969771 | Nome WILLAMS NASCIMENTO SILVA JUNIOR | Sexo Masculino |
| Data de nascimento 11/09/2008 | Idade 7 anos 2 meses 11 dias | Estado civil SOLTEIRO(A) |
| Mãe EDNA LIMA DA SILVA | Pai WILLAMES NASCIMENTO SILVA | Religião |
| Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO | Responsável (Parentesco) EDNA LIMA DA SILVA | Prontuário |
| DDD Móvel 83 | Fone Móvel 987000293 | DDD Fixo |
| Tipo documento NAO INFORMADO | Número documento | Fone Fixo |
| Local de procedência CABEDELO | Nº Cns 898002745443153 | |
| Email | Tipo MUNICIPIO | UF PB |
| | Naturalidade CABEDELO | CBO/R |

Endereço

| | | | |
|-----------------|-------------------------------------|------------------|-------------------------|
| CEP 58310000 | Município de residência CABEDELO | UF PB | Logradouro PROJETADA |
| Número SN | Complemento | Bairro JACARE | |

Admissão

| | | |
|---|--|---|
| Data e Hora Prevista 22/11/2015 11:09:33 | Número da pulseira 1000004141616 | Convênio SUS |
| Especialidade PEDIATRIA | Clínica CLINICA PEDIATRICA | |
| Classificação de risco | Origem do paciente RUA | |
| Caráter de atendimento URGENCIA | Motivo do atendimento ATROPELAMENTO | Detalhe do acidente VEICULO X PEDESTRE |

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

| | |
|--|----------------------|
| Diagnóstico | CID |
| Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA | Tempo 03min 04seg |

Imprimir



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Laudo Médico / Resumo de Alta



| | | | |
|---|----------------|------------------------------|------------------|
| Nome: <u>Sergio Otavio de</u> | | Registro: <u>5043-023301</u> | |
| Idade: <u>33</u> | Sexo: <u>M</u> | Cor: <u></u> | Clínica: <u></u> |
| Data de admissão: <u>22.03.15</u> | | Enf: <u></u> | Leito: <u></u> |
| Data da alta: <u>29.03.15</u> | | | |
| Diagnóstico inicial: <u>KE</u> | | | |
| Diagnóstico final: <u>LAD</u> | | | |
| Outros diagnósticos: <u></u> | | | |
| Principais exames: <u>KE Camio Auscultações fono</u> | | | |
| Cirurgia realizada - data e equipe: <u></u> | | | |
| Terapêutica medicamentosa: <u>Sintomáticos</u> | | | |
| Anatomia patológica: <u></u> | | | |
| Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não () | | | |
| Resultado bacteriologia: <u></u> | | | |
| Condições de alta: Melhorado (X) Removido () A pedido () Curado () Óbito () | | | |
| Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Resolução Celular</u> | | | |
| Dieta: <u>Geral</u> | | Orientações Pós Alta | |
| Repouso: relativo em casa por <u>60</u> dias. | | | |
| retorno às atividades sem esforço físico em, <u></u> dias. | | | |
| retorno às atividades com esforço físico leve, <u></u> dias e com maior em, <u></u> dias. | | | |
| Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. | | | |
| Medicações para casa: <u>Hidantol</u> | | | |
| Retorno: <u>HTOP</u> <u>40%</u> <u>para de</u> | | | |
| Ao posto de saúde em <u></u> para retirada de ponto. | | | |
| Ao ambulatório <u></u> em 30 dias para revisão. | | | |
| João Pessoa: <u>29</u> de <u>03</u> de <u>15</u> | | | |
| Ass. Médico / CRM: <u></u> | | | |
| Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. | | | |



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Laudo Médico / Resumo de Alta



| | | | |
|---|----------------|------------------------------|------------------|
| Nome: <u>SERGIO OTAVIO DE</u> | | Registro: <u>5043-023301</u> | |
| Idade: <u>33</u> | Sexo: <u>M</u> | Cor: <u></u> | Clinica: <u></u> |
| Data de admissão: <u>22.03.15</u> | | Enf: <u></u> | Leito: <u></u> |
| Data da alta: <u>29.03.15</u> | | | |
| Diagnóstico inicial: <u>KE</u> | | | |
| Diagnóstico final: <u>LAD</u> | | | |
| Outros diagnósticos: <u></u> | | | |
| Principais exames: <u>Ac Camio</u> | | <u>Desmolações - focos</u> | |
| Cirurgia realizada - data e equipe: <u></u> | | | |
| Terapêutica medicamentosa: <u>Sintomáticos</u> | | | |
| Anatomia patológica: <u></u> | | | |
| Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não () | | | |
| Resultado bacteriologia: <u></u> | | | |
| Condições de alta: Melhorado (X) Removido () A pedido () Curado () Óbito () | | | |
| Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Resolução Celulítica</u> | | | |
| Dieta: <u>Genal</u> | | Orientações Pós Alta | |
| Repouso: relativo em casa por, <u>60</u> dias. | | | |
| retorno às atividades sem esforço físico em, <u></u> dias. | | | |
| retorno às atividades com esforço físico leve, <u></u> dias e com maior em, <u></u> dias. | | | |
| Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. | | | |
| Medicações para casa: <u>Hidantal</u> | | | |
| Retorno: <u>HTOP</u> <u>4º</u> <u>1º</u> <u>1º</u> | | | |
| Ao posto de saúde em <u></u> para retirada de ponto. | | | |
| Ao ambulatório <u></u> em 30 dias para revisão. | | | |
| João Pessoa: <u>29</u> de <u>03</u> de <u>15</u> | | | |
| Ass. Médico / CRM <u></u> | | | |
| Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. | | | |



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Lauda Médico / Resumo de Alta



| | | | |
|--|----------------|-------------------------------------|------------------|
| Nome: <u>Sergio Otavio de</u> | | Registro: <u>5043-023301</u> | |
| Idade: <u>33</u> | Sexo: <u>M</u> | Cor: <u></u> | Clinica: <u></u> |
| Data de admissão: <u>22.03.15</u> | | Enf: <u></u> | |
| Data da alta: <u>29.03.15</u> | | Leito: <u></u> | |
| Diagnóstico inicial: <u>CE</u> | | | |
| Diagnóstico final: <u>LAD</u> | | | |
| Outros diagnósticos: <u></u> | | | |
| Principais exames: <u>IC Qamio Auscultações - pecu</u> | | | |
| Cirurgia realizada - data e equipe: <u></u> | | | |
| Terapêutica medicamentosa: <u>Sintomáticos</u> | | | |
| Anatomia patológica: <u></u> | | | |
| Infecção: sim () não () | | Coleta de material: sim () não () | |
| Resultado bacteriologia: <u></u> | | | |
| Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () | | | |
| Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Resolução Celular</u> | | | |
| Dieta: <u>General</u> | | Orientações Pós Alta | |
| Repouso: relativo em casa por, <u>60</u> dias. | | | |
| retorno às atividades sem esforço físico em, <u></u> dias. | | | |
| retorno às atividades com esforço físico leve, <u></u> dias e com maior em, <u></u> dias. | | | |
| Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. | | | |
| Medicações para casa: <u>Hidantal</u> | | | |
| Retorno: <u>HTOP</u> | | <u>4º</u> | |
| Ao posto de saúde em <u></u> | | para retirada de ponto. | |
| Ao ambulatório <u></u> | | em 30 dias para revisão. | |
| João Pessoa: <u>29</u> de <u>03</u> de <u>15</u> | | | |
| Ass. Médico / CRM <u></u> | | | |
| Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. | | | |



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Av. Orestes Lisboa, s/n - CEP: 58031-090 - Conjunto Pedro Gondim

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido
do(a) Sr.(a) SILVIO OTÁVIO R. SOUZA
portador(a) da identidade RG _____,
que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia
de hoje, às _____ horas, portador(a) da
patologia CID-10 S06, devendo
permanecer afastado(a) de suas atividades labo-
rativas por um período de 60 (Sessenta)
dias, a partir desta data.

João Pessoa, 29/03/15

Assinatura e Carimbo do Médico(a)

Dr. João Paulo Patrício
Neurocirurgia
CRM-PB: 6800

AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª Via Paciente - 2ª Via Anexa ao Prontuário de Atendimento



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

HEETSHL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Gustavo Cantano Patricio

CRM: 6800 UF PR Nº S/N

Endereço: Olegio

Cidade: San. Manoel UF PR

Telefone: _____

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via - Orientação ao Paciente

Paciente: Sergio Otavio de Souza

Endereço: _____

Prescrição: 1. Hidantal 100mg Uso Oral

20m

Glomax 0,4 VO 8/8h

Data: 29/03/15

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____

RG: _____ UF _____ Nº _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Carimbo do Médico

Data: ____/____/____



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATARACA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
BASE DESCENTRALIZADA - MATARACA/PB
UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO - USB



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - VTR: USB MATARACA

COMPROMISSO DE TODOS

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

| | | | | |
|---|---------------|--------------------|-------|--|
| Data | Ocorrência nº | Paciente / Usuário | Idade | Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. |
| 21/03/15 | 1403242 | sem ID | | |
| Local da Ocorrência | Bairro | Médico Regulador | | |
| BR 303 | | Felipe Bonin | | |
| Apolo no Local <input checked="" 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: | | | | |
| QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por terceiros <input type="checkbox"/> Recusou atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não encontrado <input type="checkbox"/> Outro: | | | | |

DESTINO

| | | |
|---------------------|------------------------------|------|
| LOCAL: INT. USA mmg | RESPONSÁVEL: Arthur Trindade | OBS: |
| | MÉDICO | |
| | CRM: 88803 | |

TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

| | |
|--|---------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO | - ANTECEDENTES |
| <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA: PROCEDENTE DO: | MEDICAMENTOS: |
| <input type="checkbox"/> OUTRO: | PATOLOGIA(S): |
| | ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: |
| | VACINAS: |

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

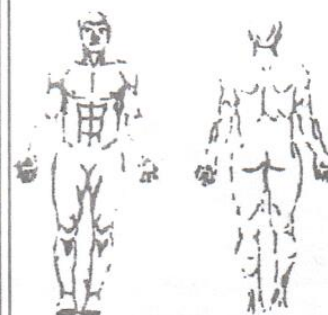
CINEMÁTICA / CAUSA

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> QUEDA <5m <input type="checkbox"/> QUEDA > 5m <input type="checkbox"/> QUEDA PRÓPRIA ALTURA <input checked="" type="checkbox"/> QUEDA DE MOTO: <input type="checkbox"/> SEM CAPACETE NO INCIDENTE <input type="checkbox"/> CAPACETE RETIRADO POR TERCEIRO |
| <input 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"/> AGRESSÃO 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 - FICHA CLÍNICA

| |
|---|
| Encontrado: <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 <input type="checkbox"/> EM CIMA DE: _____ OUTRO: _____ |
| Nível de Consciência: <input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> ALGO DESORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/> HÁLITO ETÍLICO |
| <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SONOLENTO <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> OUTRO: |
| <input type="checkbox"/> PÁLIDO / <input checked="" type="checkbox"/> CIANÓTICO / <input type="checkbox"/> ICTÉRICO / <input type="checkbox"/> SUDOREICO / <input type="checkbox"/> PELE FRIA |
| <input type="checkbox"/> PELE ÚMIDA |
| Queixa: <input type="checkbox"/> DOR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> PARESTESIA / LOCAL: _____ |
| <input type="checkbox"/> OUTRA: _____ <input type="checkbox"/> HEMATÊMESE <input type="checkbox"/> HEMOPTISE <input type="checkbox"/> OTORRAGIA |
| LESÕES APRESENTADAS: |
| <input checked="" type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES / LOCAL: FACE, MÃO, PÉ <input checked="" type="checkbox"/> CORTE / LOCAL: JOELHO E PARIENTAL |
| <input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL: _____ |
| <input type="checkbox"/> CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> LUXAÇÃO / LOCAL: _____ |
| <input type="checkbox"/> FRATURA INCOMPLETA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> FRATURA COMPLETA / LOCAL: _____ |
| <input type="checkbox"/> SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> FRATURA EXPOSTA / LOCAL: _____ |
| <input type="checkbox"/> ENTORSE / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL: _____ |
| <input type="checkbox"/> RUPTURA MUSCULAR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> CÂMBRA / LOCAL: _____ |
| <input type="checkbox"/> DOR MUSCULAR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> EDEMA / LOCAL: _____ |
| <input type="checkbox"/> HEMATOMA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> EQUIMOSE / LOCAL: _____ |
| <input type="checkbox"/> OUTRO: _____ |

IDENTIFIQUE O LOCAL DA LESÃO



IDENTIFICAÇÃO DAS PUPILAS

| | | |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> MIDRIASE | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> MIOSE | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> ISOCORICAS | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> ANISOCORICAS | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

DADOS VITAIS

| |
|--|
| V V A A: <input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: FR INICIAL: _____ irpm FINAL: _____ irpm / PULSO RADIAL: <input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE |
| FC INICIAL: _____ bpm FC Final: _____ bpm ESCALA DE COMA DE GLASGOW: <input type="checkbox"/> >8 <input type="checkbox"/> <9 PA (mm Hg): 120 x 80 TEMPERATURA: _____ GLICEMIA: _____ |
| PADRÃO RESPIRATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input checked="" type="checkbox"/> IRREGULAR - PERFUSÃO MMSS: <input type="checkbox"/> <2 SEGUNDOS - MMIL <input type="checkbox"/> >2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO: 84 % |
| <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA <input type="checkbox"/> BRADIPNEIA <input type="checkbox"/> APNEIA <input type="checkbox"/> EUPNEIA |

SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
RUA VEREADOR JOSÉ NUNES DE FREITAS, 135, BAIRRO: JARDIM PLANALTO II, MATARACA - PB.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ COLAR CERVICAL TAM: h / ☒ ESTABILIZADOR LATERAL DE CABEÇA / ☐ TIRANTES / ☐ PRANCHA RÍGIDA / ☐ KED / ☐ TALAS DE EXTREMIDADES
☐ A. V. P. COM ABOCATH Nº _____ / ☐ MSE ☐ MSD / ☒ SRL 1000 ml SF 9,9% _____ ml / MEDICAÇÃO:
 021/MIN: _____: MASCARA COM RESERV. ☐ CATETER NASAL / ☐ IMOBILIZAÇÃO: ☐ MSE ☐ MSD ☐ MIE ☐ MID / ☐ MACA A VÁCUO /
☐ IMOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO / ☐ EXTRICAÇÃO / ☒ CURATIVO: ☒ COMPRESSIVO ☐ SIMPLES ☐ IRRIGAÇÃO OCULAR / LOCAL: ☐ OLHO E
☐ OLHO D / ☐ VELPEAU / LOCAL: _____ / VENTILAÇÃO COM AMBU / ASPIRAÇÃO DAS V V A A / OUTROS: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: queda de moto

INTERVENÇÕES: _____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Pct EGG, inconsciente, desorientado, com suspeita de TCS, corte em região frontal e joelho esquerdo

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: Kamila Gouveia COREN: _____ TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Leonardo Costa COREN: _____CONDUTOR SOCORRISTA: Samuel Bento MÉDICO: _____ CRM: _____

RECUSA

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____

RELAÇÃO DE PERTENCES:

DOCUMENTOS PESSOAIS: ☐ RG / ☐ CPF / ☐ TÍTULO DE ELEITOR / ☐ HABILITAÇÃO / ☐ PASSAPORTE / ☐ OUTRO: _____

CELULAR: QUANTIDADE _____ MARCA: _____ MODELO: _____ MARCA: _____ MODELO: _____

CARTÕES DE CRÉDITO: ☐ MASTER CARD / ☐ VISA / ☐ AMERICAN EXPRESS / ☐ HIPER / ☐ OUTRO: _____CARTÃO DE BANCO: ☐ 1 / ☐ 2 / ☐ 3 NOMES DO BANCO: _____

TALÃO DE CHEQUE E NOME DO BANCO: _____

DINHEIRO EM ESPÉCIE / VALOR R\$ _____ (_____)

CALÇADO (NOME): _____ / RELÓGIO (MARCA): _____ / ANÉIS (QUANTIDADE): _____

BRINCOS (QUANTIDADE): _____ / PULSEIRAS (QUANTIDADE): _____ OUTROS: _____

NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU OS PERTENCES: _____ SETOR: _____

ASSINATURA DO RECEBEDOR: _____

| MEDICAMENTOS | QUANT. | MATERIAIS | QUANT. |
|--|--------|--|--------|
| SOLUÇÃO FISIOLÓGICO | | FITA DE GLICEMIA CAPILAR (CÓDIGO Nº _____) | |
| SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5% | | ATADURA DE CREPON 15 cm | |
| SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO | | GAZE ESTÉRIL (PACOTE) | |
| GLICOSE 50% | | GAZE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100 unid.) | |
| ÁGUA DESTILADA 10 ml | | ALGODÃO (PACOTE) | |
| DIPIRONA 1 g | | ÁLCOOL (PINCETA 250 ml) | |
| ESCOPOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP.) | | SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº _____ | |
| ESCOPOLAMINA (HIOSCINA) | | LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO P | |
| PARACETAMOL GOTAS | | LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO M | |
| DICLOFENACO 75 mg | | LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO G | |
| FUROSEMIDA | | JELCO Nº 14 | |
| CAPTOPRIL 25 mg | | JELCO Nº 16 | |
| AAS 100 mg | | JELCO Nº 18 | |
| ISORDIL 5 mg | | JELCO Nº 20 | |
| METOCLOPRAMIDA | | JELCO Nº 22 | |
| HIDROCORTISONA 100 mg | | JELCO Nº 24 | |
| HIDROCORTISONA 500 mg | | SCALP Nº 23 | |
| IPRATRÓPICO GOTAS | | SCALP Nº 25 | |
| FENOTEROL GOTAS | | GARROTE | |
| ADRENALINA | | EQUIPO MACROGOTAS | |
| ATROPINA | | EQUIPO MICROGOTAS | |
| AMIODARONA | | ESPARADRAPO | |
| TERBUTALINA | | MÁSCARA DESCARTÁVEL | |
| OUTROS: | | CATETER TIPO ÓCULOS | |
| | | LUVA ESTÉRIL Nº 7,5 | |
| | | LUVA ESTÉRIL Nº 8,0 | |
| | | LENÇOL DESCARTÁVEL | |
| | | OUTROS: | |



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2016

Ocorrência nº. 0044/2016

Aos 31 dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de MATARACA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARCOS PAULO SALES DE CASTRO**, Delegado (a) de Polícia Civil, comigo, escrevã (o) abaixo assinado, aí, por volta 08h:30min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

SERGIO OTAVIO DE SOUZA, conhecido por **SERGIO**, Identidade nº 3.103.158-SSP/PB, CPF nº 063.136.444-76, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho (a) de Antonio Otavio De Souza E Leonilda Maria Da Conceição., natural de Mamanguape-PB/ nascido (a) em 06/10/1979 (36 anos de idade), residente e domiciliado (a) no(a) Sítio Imbiribeira, s/nº, Mamanguape-PB, tendo como ponto de referência: Perto da entrada de Camaratuba, na cidade de Mamanguape-Pb, fone(s) para contato: (83) 9816.1166.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: Acidente de Moto
- 2) DATA DO FATO: 22.03.2015
- 3) HORÁRIO: 06.00 horas
- 4) LOCAL: BR 101 – Trevo de Mataraca.

BREVE RESUMO: Que sofreu um acidente na sua motocicleta de marca Honda/CG 125 FAN KS, placa NQB 7353/PB, RENAVAL 45690755-6, cor vermelha, ano 2012/2012, tendo sofrido trauma facial, ferimento corto-contuso frontal e escoriações, conforme Laudo-Médico. O noticiante foi socorrido pelo SAMU para o hospital de emergência e trauma Senador Humberto Lucena na cidade de João Pessoa.

6) OBSERVAÇÕES:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.



SERGIO OTAVIO DE SOUZA

Comunicante

Paulo de Paula Corrêa Dias de Araújo
Escrivão Ad doc- Mat. 89.1916



Rua Angélica, nº 32, Planalto I, Mataraca/PB

SINISTRO 3160263228 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SERGIO OTAVIO DE SOUZA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA

SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO SERGIO OTAVIO DE SOUZA

CPF/CNPJ: 06313644476

Posição em 12-01-2017 09:45:43

Pedido de indenização cancelado. Para mais informações procure a seguradora responsável pelo processo.

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Verificando que a petição inicial preenche os requisitos essenciais, não sendo o caso de improcedência liminar do pedido, diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, **deixo para o momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação** (CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM), especialmente, considerando que é facultada a conciliação às partes em qualquer momento do processo.

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, ocasião em que poderá apresentar tudo o que interesse a sua defesa, além de preliminares, incompetência relativa, incorreção do valor da causa e indevida concessão de justiça gratuita.

A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos arts. 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no art. 340 do CPC.

Transcorrido o prazo concedido para a defesa e sendo esta apresentada, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, **apresentar impugnação**, CASO seja(m) lançada(s) (I) preliminares¹, (II) defesa indireta de mérito² ou (III) juntada de documentos³, permitindo-lhe a produção de prova (itens I, II e III), ou a impugnação correspondente (item III).

Via digitalmente assinada da decisão servirá como mandado/carta.

Mamanguape, 18 de agosto de 2017

Shirley Abrantes Moreira Régis

Juíza de Direito

Certifico e dou fé que, até a presente data não foi devolvido o AR provindo dos correios, sendo assim, diante do grande lapso temporal renovo a expedição da carta de citação.