



Número: **0869102-69.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 3375.0**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ALEXANDRA CESAR DUARTE
AUTOR	CICERO FERREIRA SILVA
ADVOGADO	JOSE EDUARDO DA SILVA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
18478 051	20/12/2018 15:55	docs	Outros Documentos
18478 055	20/12/2018 15:55	Im	Outros Documentos
19179 705	13/02/2019 10:46	Despacho	Despacho
19571 321	01/03/2019 12:19	Certidão	Certidão



(1)

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Buscar no site

[A COMPANHIA](#) [SEGURO DPVAT](#) [PONTOS DE ATENDIMENTO](#) ([Pontos de Atendimento](#)) [CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS](#) [SALA DE IMPRENSA](#) [TRABALHE CONOSCO](#) [CONTATO](#)

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados. O prazo final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180434198 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CICERO FERREIRA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB**BENEFICIÁRIO** CICERO FERREIRA SILVA**CPF/CNPJ:** 10389984418**Posição em 13-11-2018 17:19:29**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será efetuado.

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

13/11/2018 R\$ 3.375,00 R\$ 0,00 R\$ 3.375,00

Cicero Ferreira Silva

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
17/10/2018	Reprogramação de pagamento	Download
25/09/2018	Exigência Documental	Download
22/09/2018	Aviso de Sinistro	Download

ACESSIBILIDADE

[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](#)[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](#)

A A A O

Duarte e Silva Advogados Associados

Rua Agente F. Jose Costa Duarte, 157/sala 05 - Mangabeira, João Pessoa/PB
(83) 98832-9676. (83) 99105-5363. (83) 98660-2858.

PROCURAÇÃO "AD – JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

CONTRATANTES:

NOME Cicero Ferreira Silva TELEFONE _____
ESTADO CIVIL união estável PROFISSÃO Serviços gerais
CPF 103.899.844-18 RG 3811649-SDS/PB ENDEREÇO Rua Honório
de Sá, 515, S/N/Q 77 L 48 - Centro - João Pessoa - Paraíba.

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus procuradores, Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus procuradores, JOSÉ EDUARDO DA SILVA OAB/PB 12.578, e ALEXANDRA CESAR DAURTE OAB/PB 14.438 com escritório profissional sito à Rua Agente F. Jose Costa Duarte, 157/sala 05, Mangabeira, João Pessoa, Paraíba.

Ficam conferidos a ele(s), amplos poderes para praticar todos os atos de processos judiciais e extrajudiciais de representação e defesa em qualquer Juízo, instância ou tribunal, perante quaisquer pessoas de direito público, seus órgãos, ministérios, desdobramentos e repartições de qualquer natureza, inclusive autarquias e entidades paraestatais, quaisquer pessoa jurídica de direito privado, sociedade de econômica mista ou pessoa física em geral, outorgando poderes para: receber citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, assinar documentos, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, inclusive levantar/receber alvarás judiciais, conjunta ou separadamente, junto aos cartórios do poder judiciário deste Estado, podendo ainda, substabelecer esta a Outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso sempre no interesse do outorgante.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA

Declara ainda o outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do seu sustento ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

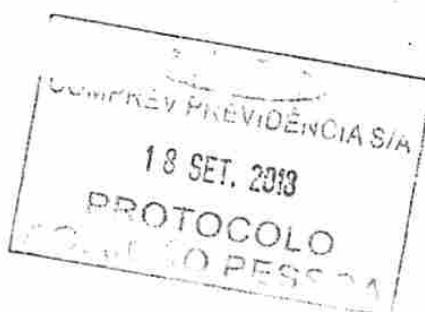
João Pessoa, 23 de Novembro de 2018

(OUTORGANTE) Cicero Ferreira Silva



The detailed view of the identification card displays the following information:

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL	3.811.649 - 2ª VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO
01/06/2018		
NOME CICERO FERREIRA SILVA		
FILIAÇÃO CICERO ENEDINO DA SILVA MARIA DAS DORES FERREIRA SILVA		
NATURALIDADE BARRA DE SANTA ROSA-PB		DATA DE NASCIMENTO 20/08/1987
DOC ORIGEM CERT. NASC. N°11812 - LIV.A-11 - FLS.555 - CARTÓRIO B. DE SANTA ROSA-PB		
CPF 103.899.844-18		
João Pessoa - PB		
Anônimo		
ADSO PIMENTA FURTADO, DIRETOR		
LEIA 07/08 DE 29/08/83		
B+		



ANTONIA SOARES DE OLIVEIRA
RUA HARPAZ DE SÃO, S/Nº Q 77 L 49 - GRAMAME
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58629557 (AG. 1)

Emissão: 22/08/2018 Referência: Jun / 2018
Classe/Subsídio: RESIDENCIAL / BANCA RENDA EPC MONOFÁSICO Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 50171-000
Roteiro: 13 - 2 - 852 - 5800 NP medidor 00003061952

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Inscrição Estadual 16.15.623-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°008 462.910
Cód. para Débito Automático: 00013085972

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2018	22/06/2018	24/07/2018	29509130400 Insc Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/1308597-2**

Canal de contato

Tarifa Social na Fazenda Eletricista - TCE
nº 10.498 - 1º de abril de 2012

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias				
Data	Leratura	Data	Leratura					
23/05/18	12707	22/09/18	13005					
Demonstrativo								
001 Detran	Quinzenal	Tarifa	Valor BSE Custo Ativo ICMS(R\$) Base(Dia) Padrão Cofins(R\$)					
			Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS	Padrão(R\$) (0,00096)(4,1434%)				
0801 Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,249450	7,48 7,48 27 2,01 7,48 0,06 0,31					
0801 Consumo+ 31 a 100kWh-BR	70.000	0,427820	29,93 29,93 27 8,08 29,93 0,27 1,24					
0801 Consumo+ 101 a 220kWh-BR	120.000	0,561420	76,87 76,87 27 20,78 76,87 0,69 3,19					
0801 Consumo acima de 220kWh-BR	78.000	0,712890	55,59 55,59 27 15,01 55,59 0,50 2,31					
0901 Adic. B. Amarela		0,88	0,88 27 0,24 0,88 0,01 0,03					
0801 Adic. B. Vermeira		12,05	12,05 27 3,50 12,05 0,12 0,54					
0810 Subsídio		50,44	50,44 27 12,82 50,44 0,45 2,09					
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0807 CONTRIB SERV CLUM PÚBLICA		9,27	9,27 0,00 0 0,00 0,00 0,00					
0908 PARCELAMENTO DE DÉBITO 31/08		165,00	165,00 0,00 0 0,00 0,00 0,00					
0808 Devolução Subsídio		-34,28	-34,28 0,00 0 0,00 0,00 0,00					
CCO Código de Classificação do item								
TOTAL								
		374,15	264,24	53,24 234,24 210 8,71				

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO**
375 **01/08/2018** **TOTAL A PAGAR**
R\$ 374,15

Histórico de Consumo (kWh)
249 | 287 | 358 | 382 | 445 | 418 | 329 | 398 | 448 | 448 | 425 | 328
Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18

RESERVADO AO FISCO
459dfeab.78c3.724c.f063.73ad.5ac1.a127

Indicadores de Qualidade		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL 5,31	0,00	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL 10,62		220
DIC ANUAL 21,23		
FIC MENSAL 2,35	0,00	COTRATADA
FIC TRIMESTRAL 6,83		LIMITE INFERIOR 202
FIC ANUAL 13,20		LIMITE SUPERIOR 231
DNIC	0,00	
DICRI	12,22	

Valores EUED (Ref. 4/2018) R\$ 90,10

ATENÇÃO

Além das faturas em atraso acima mencionadas, tem 17 fatura(s) no montante de R\$ 519,25 (quinhentos e vinte e cinco reais e vinte e cinco centavos).
- REAVISO: Caso o(a) cliente(a) não pague a(s) fatura(s) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 01/07/2018. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não evita a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem.
ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JA REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$34,28
- Leitura confirmada.

Faturas em atraso

Abri/18	455,50
Mar/18	466,26
Fev/18	478,92
Jan/18	441,72
Dez/17	391,49
Nov/17	486,52
Out/17	493,14
Set/17	402,76

PARAIBA
Roteiro: 13 - 2 - 852 - 5900
Matrícula: 1308597-2018-06-9
VENCIMENTO
01/08/2018 **TOTAL A PAGAR**
R\$ 374,15

FATURA A SER QUITADA ATRAVÉS DE DÉBITO AUTOMÁTICO. BANCO: 356
CONSIDERAR ESTA NOTA FISCAL QUITADA SOMENTE APÓS O EFETIVO DÉBITO

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00711.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00711.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:43 horas do dia 17 de abril de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Cícero Ferreira Silva**, CPF nº 103.899.844-18, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Serviços Gerais, filho(a) de Antônia Enedina da Silva e Cicero Enedino da Silva, natural de Barra de Santa Rosa/PB, nascido(a) em 20/08/1987 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Harpas de Sião, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Mercadinho Nova Vida, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98786-7754.

Dados do(s) Fatos:

Local: Projetada, Rio da Santinha, João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/01/18 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, quando conduzia o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA CG/125 FAN ES, ano e modelo: 2010/2011 DE CORPreta, PLACA: NQG 3546/PB, Chassi nº 9C2JC4120BR505260, registrado em nome de Jailson Ferreira da Silva, CPF 090.298.648-81; QUE, segundo o notificante conduzia o veículo na rua: projetada, próximo ao Rio da Santinha em Gramame, nesta Capital/PB, quando um veículo pajero 4x4 de cor azul, fez uma manobra errada e colidiu com o notificante, que devido ao impacto veio a cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0413/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 09/03/2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 17 de abril de 2018.

JOSÉ SÁULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

CÍCERO FERREIRA SILVA
Noticiante

18 SET. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 00711.01.2018.1.00.420

1/1



CERTIDÃO

Nº0413/2018

Atendendo solicitação de ALEXANDRA CESAR DUARTE e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº90829 e prontuário Nº2018.01.0076 pertencentes a CICERO FERREIRA SILVA que foi atendido dia 01/01/2018 às 15H49min,vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em pé esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos do pé esquerdo. Realizado cirurgia dia 01/01/2018 e alta médica dia 11/01/2018

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, deixo e assino a presente certidão.

João Pessoa, 09 de março de 2018

Rosangela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB3883

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RGA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
53016-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 90829 Atd: Nao Regulado
Data: 01/01/2018
Hora: 15:49:29
Repcionista: LENICE FLORENCIO DE ARAU
clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: CICERO FERREIRA SILVA Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2018.01.000076

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3811649 Fone: 986847754

Natural: BARRA DE SANTA ROSA/PB Data Nasc.: 20/08/1987 Id: 30 ano(s)

End.: RUA HARPAS DE SIAO (RES GERVASIO MAIA), 77

Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: ANTONIA ENEDINO DA SILVA

Pai: CICERO ENEDINO DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUTONOMO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INF MACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA-JULIANA

Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COL,MOTOXCARRO AS 15:10

Vitima de violencia por: SENTIDO RIO DA SANTINHA*CAND

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

PC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemias: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Co. Abd: O2%:

[X] Regular [] Chocado

Queixa Principal

[] Vomito

COLISAO CARRO E MOTO COM ESCORIACOES TRAUMA EM NEGA DESMAIO SIC

Observacao

istoria - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Vitima de acidente motoxcarro +1 hora no ven
Pé direito com edema e deformidade da extremidade.

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

(1) Tiritina si mgx 27 EV.

(5) Alta si

(2) Dipirona 60 mgx 27 EV.

16:30
Benzol.

(3) Rx de pé

Ward 111
Centro Cirurgia Gen
data 11/04/15

(4) WATV.

~~Pronto para alta~~

Paciente com fratura tibia e peroné de Cervical
com 3º grau e 2º de rotura.
Estava em internamento policlínico.

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

20/09/2012 10:00 - Bloco
Pra ser prescrita a 07º necessidade
Paciente encaminhado para a enfermaria no dia 20/09/2012
para procedimento de remoção de cateter.
Pra ser liberado para alta.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

CRM-Medico
D.S. de Enfermagem

Dr. Zilinha

| Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
 [] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Xagonal Fernandes

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Pícerio Correia do Salvo</u>		Data da Admissão: <u>01/01/17</u>	
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	
Nome da Mãe:			
Endereço:	Bairro:		
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:
Sexo: F () M ()	Cor:	Estado Civil:	Religião:
Escolaridade:	Data de Nascimento <u>/ /</u>		
QPD: <u>PF - (x) Leucopel (E)</u>			
HDA: <u>Presente sós fumar no pe (E)</u> <u>reclama fumamento em casa</u> <u>(de fumar fio)</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico: <u>Pícerio Ribeiro</u>			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Afta <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudoreses <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeca e Pescoco: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Soluço <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melenas <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposo <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
SN e PSQ: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____ ▼ _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____



RELATÓRIO DE CIRURGIA

01/01/18

Nome: <i>Oleoso Cirurgio dos</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	<i>Dr. Sáude Ribeiro</i>			
2º Assistente:		3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista:		Tipo Anestesia:	Horário:	I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Ex fx lues faculae</i>					
<i>Ex 2/3/4 - MTT + Ex aferide</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>Oleoso</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>MTT</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 () Não	Descreva:		<i>CPB: PB: 2017-01-01</i>
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Descrição da Cirurgia	
Posição e Preparo:	Decúbito de DMH Abordagem pulmonar Alívio de pressão
Incisão:	Incisão de corpo aberto de 10 cm sobre o mediastino no nível dorso-ventral. Nº 113 espécie ciliar digital
Achados:	Lx-Cx fístulae. + Fx 213/91 MTT
Conduta:	Redução do 1º com o curetage intermedio e chi- rurgia do mediastino anterior total; remoção dos nódulos 213 915 metapóris + rx control silico + curativo. Fio K. nº 2,5.
Fechamento:	
OBS:	

Data: 01/01/18


MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



**Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0869102-69.2018.8.15.2001

DESPACHO

Defiro a gratuidade processual requerida.

Certifique se existe ação semelhante ajuizada pela parte autora, em tramitação ou já arquivada. Em caso positivo, voltem os autos conclusos.

Em caso negativo, nos processos de DPVAT em que ocorrem lesão a vítima a seguradora somente transige após a realização de perícia. Por tal razão, deixo de remeter, por hora, ao Centro de Conciliação Cível tendo em vista que tal providência neste momento processual será infrutífera.

Diante disso, determino que a parte promovida seja de logo citada, protraindo-se a aplicação do art. 334 do CPC para o momento em que for possível a realização de perícia na vítima ou em que haja algum mutirão realizado pelo NUPEMEC.

P.I.

João Pessoa, 12 de fevereiro de 2019.

Juíza de Direito

2ª Vara Cível da Capital



Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número do Processo: 0869102-69.2018.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)
Assunto: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]
Polo ativo: AUTOR: CICERO FERREIRA SILVA
Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

CERTIDÃO

Certifico e dou fé, em cumprimento ao despacho proferido no ID n. 19179705, de que não tramita ou tramitou demanda envolvendo as mesmas partes desta;

JOÃO PESSOA, 1 de março de 2019
JOSE ALBERTO DE ALBUQUERQUE MELO