



Número: **0814486-81.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/03/2017**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FABIO ALISSON GOMES MOREIRA (AUTOR)	JOSÉ VALDEMIR DA SILVA SEGUNDO (ADVOGADO) Bruno de Sousa Carvalho (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71131 90	24/03/2017 11:46	<u>Petição Inicial</u>	Petição Inicial
71132 82	24/03/2017 11:46	<u>Procuração e docs pessoais</u>	Comunicações
71133 15	24/03/2017 11:46	<u>Docs do acidente</u>	Comunicações
71133 51	24/03/2017 11:46	<u>Cópia do prontuário</u>	Comunicações
71134 12	24/03/2017 11:46	<u>Comprovante.Pgto.Adm</u>	Comunicações
91385 52	16/08/2017 16:20	<u>Despacho</u>	Despacho
21339 752	21/05/2019 13:22	<u>Outros Documentos</u>	Outros Documentos
21339 766	21/05/2019 13:22	<u>Carta de citação P. 0814486-81</u>	Outros Documentos

PETIÇÃO INICIAL EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: Bruno de Sousa Carvalho - 24/03/2017 11:44:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17032411442021800000006975981>
Número do documento: 17032411442021800000006975981

Num. 7113190 - Pág. 1

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: **FABIO ALISSON GOMES MOREIRA**, brasileiro, solteiro, garçom, portador do RG nº 3112167 SSDS/PB e do CPF nº 084.850.954-48, residente e domiciliado na Av. Palmares, nº 557, Cruz das Armas, João Pessoa - PB.

OUTORGADOS: **JOSÉ VALDEMIR DA SILVA SEGUNDO**, brasileiro, advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 11.416, E/OU **BRUNO DE SOUSA CARVALHO**, brasileiro, advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 11.714, com escritório profissional na Rua Aragão e Melo, nº 831, Torre, João Pessoa-PB.

PODERES: O (s) OUTORGANTE (S) confere (m) aos OUTORGADOS amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 do Código de Processo Civil, para defender o (a) outorgante em ação que figure como autor, réu, assistente ou oponente ou de qualquer forma interessado, podendo receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, podendo ainda receber alvará ou depósito, recorrer para qualquer instância ou Tribunal, requerer junto à repartições Federais, Estaduais e Municipais, da administração direta ou indireta, bem como impetrar Mandado de Segurança, Habeas Corpus, Medida Cautelar entre outros procedimentos especiais, podendo agir em conjunto ou separadamente, e substabelecer o presente mandato com ou sem reserva de poderes.

João Pessoa, 23 de março de 2017.

Fábio Alisson Gomes Moreira

FABIO ALISSON GOMES MOREIRA



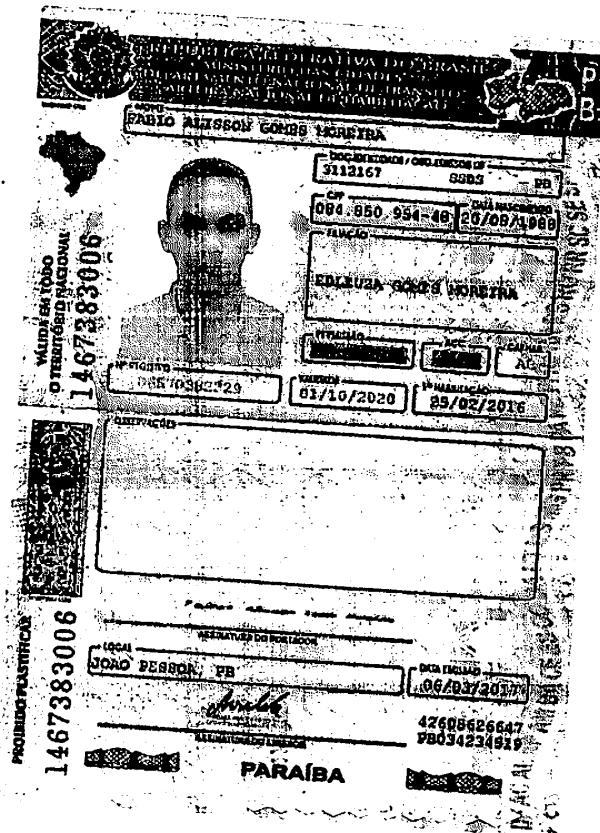
DECLARAÇÃO

Eu, **FABIO ALISSON GOMES MOREIRA**, brasileiro, solteiro, garçom, portador do RG nº 3112167 SSDS/PB e do CPF nº 084.850.954-48, residente e domiciliado na Av. Palmares, nº 557, Cruz das Armas, João Pessoa - PB, declaro ser pobre na forma da lei, haja vista que não possuo condições financeiras de arcar com as despesas processuais, sem que reste prejudicado o sustento próprio, bem como o da minha família.

João Pessoa, 23 de março de 2017.

Fábio Alisson Gomes Moreira
FABIO ALISSON GOMES MOREIRA





SEVERINA GOMES DA SILVA
AV. PALMARES, 557 - CRUZ DAS ARMAS
JOAO PESSOA/PB CEP: 58005-470 (AG: 1)

Classificação: RESIDENCIAL / BAYA/AREIA/MAR/OFÍSICO 9/2016 - 12º Cadastral: João Pessoa/PB-CEP:58014-
Número: 17-2-316-1640 Referência: 047/2016 CNPJ:03861837000143 Inscrição: 061201601529
Número: 00008519473 Emissor: 06/12/2016 Natura: Conta de Energia Elétrica/00012462
Código para Dívida Atualizada: 000048443

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/489406-9

Canal de contato

Dez / 2016

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE fornecida pela Eletrobras Sist. de Energia Elétrica - SIEE, de 26 de abril de 2002

Apresentação

28/12/2016

Data prevista da
próxima leitura

28/01/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

27231310437	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
REC EEE	Data Leitura	Data Leitura			
	23/11/16	17/16	28/12/16	17425	227

Faturas em atraso

Demonstrativo

06/12/2016	130.02	Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
		Consumo de 300Wh/BR	54	0,15083	4,51
		Consumo - 01 a 100Wh/BR	70	0,15083	10,57
		Consumo - 101 a 200Wh/BR	120	0,15083	18,10
		Consumo acima de 200Wh/BR	7	0,43043	3,01
		Adm B. Amarela			0,00
		Suporte			27,90
		ICMS			40,10
		PIS			1,40
		COFINS			6,69

Histórico de Consumo
(kWh)

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS:

Nov/16	216	CONTRIBUÍR SERV LUM P/CLÁZIA	4,12
Out/16	215	JUROS (EMORA) 10/2016	1,44
Dez/16	214	MULTA 11/2016	31,6
Jan/17	213	EMB/SEGUR - ACE/ASSURANT 1/2016	6,52
Fev/17	212	Descontos S. Sessão	-27,60

Media das últimas 12 meses:

227

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	148,52	27,00	40,10
PIS	149,42	1,00	1,40
COFINS	148,52	6,69	6,69

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

05/01/2017

R\$ 137,01

b41a 27ea.e660.ec7c.315b 0ae6 4f34 aa39.

Indicadores de Qualidade 10/2016 - Dia do Bojo

Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
DESENAL	5,07	0,00	Subapuração de Energia/4%	21,07	23,24
DE TRANSMISSION	10,15	NOMINAL	Companhias de Transmissão	12,01	23,11
DE ANUAL	20,30	220	Estimativa de Demanda	1,93	2,27
DE FESTIVAL	3,33	0,00	Exigência de Subsídio	10,77	7,55
DE MESTRAL	6,80	CONTRATADA	Exigência de Subsídio	59,16	42,65
DE TÉRMICA	12,00	LIMITE SUPERIOR	Descontos	6,47	4,76
DE CIC	12,22	LIMITE SUPERIOR	Total	137,01	100,00

ATENÇÃO

• PRAZO DE VENCIMENTO: Até 10 dias úteis após o término das leituras. Caso não haja leitura, o vencimento é o dia 10 de cada mês. Caso seja realizada a pagamento, o dia 10 é sempre o dia 10 de cada mês, desconsiderando-se o dia de pagamento. Fatura sujeita a multa caso não seja paga no vencimento. • Sua unidade de fornecimento (Belo Horizonte) tem um desconto de R\$ 27,60. • Caso o medidor comunique em baixa a Fatura de Janeiro. • Contato Serviço EMB/SEGUR - ACE/ASSURANT - 0800 204 0344. • O cancelamento da cobrança da tarifa de energia elétrica deve ser feito através de qualquer momento no cancelamento.

PAGADA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

05/01/2017

R\$ 137,01

836200000001-3 37010149000-8 04894062018-3 12800020019-5





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



08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
, 2010-05-25-11:00:59-03:00

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 701/044, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 299621, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente FABIO ALISSON GOMES MOREIRA idade 25 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 25/05/2014, na Rua Maria de Lurdes Meira Araújo, Bairro: Oitizeiro - João Pessoa - aproximadamente às 23:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tárcisio Buriti (Ort trauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 16 de Janeiro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico

GRE/GRAD/001/11

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

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

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**



Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00586.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00586.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 15:24 horas do dia 22 de março de 2017, 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 Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Fabio Alisson Gomes Moreira**, CPF nº 084.850.954-48, CNH nº 06570382229, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Garçom, filho(a) de Edleuza Gomes Moreira e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/08/1988 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua 7 de Setembro, Nº 47, bairro Oiticicó, tendo como ponto de referência Rua da Base, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98644-7572.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Maria de Lurdes Meira Araújo, Base UPS, João Pessoa/PB, bairro Oiticicó; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/05/14 23:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 25.05.2014, por volta das 23h00, conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 TITAN ES, COR VERMELHA, ANO 2007/2008, PLACA MNW4156/PB, CHASSI 9C2KC08508R407089, DE PROPRIEDADE DE JOSE SILVA DOS ANJOS, pela Rua Maria de Lurdes Meira Araújo, Oiticicó, nesta capital, quando passava próximo à BASE UPS colidiu frontalmente com outra MOTOCICLETA DE MARCA HONDA BROS, COR PRETA, PLACA MNU8556/PB, CONDUZIDA POR DAVID RIBEIRO DIAS, o qual vinha no sentido oposto da via com o farol apagado; Que devido ao fato o noticiante veio a lesionar-se, conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 14.03.2017; Que o noticiante foi socorrido pelo SAMU-e conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena; Que informa que o outro motociclista envolvido no sinistro veio a ter apenas ferimentos leves; Que a motocicleta que conduzia pertence ao seu sogro JOSE SILVA DOS ANJOS, o qual emprestou a motocicleta ao noticiante; Que informa que na hora do ocorrido estava sozinho na moto; Que informa o noticiante que na época do fato não possuía PERMISSÃO PARA DIRIGIR E NEM CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO; Que não deseja representar criminalmente; Que não deseja solicitar requisição para exame traumatológico.

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, 22 de março de 2017.

Fábio Alisson Gomes Moreira
FABIO ALISSON GOMES MOREIRA
Noticiante



FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

Procedimento Policial: 00586.01.2017.1.00.420

1/1

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FABIO ALISSON GOMES MOREIRA

DATA DE NASCIMENTO 20/08/88

NOME DA MÃE EDLEUZA GOMES MOREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 760.187

Nº PRONTUÁRIO 81.284

DATA DO ATENDIMENTO 26/05/2014

HORA DO ATENDIMENTO 00:51

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FRATURA DA ULNA DISTAL E

CID 10 S 00.9 + S 52.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x moto), apresentando dor em braço e mão E + pé D, além de ferimento corto-contuso. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do punho E - AP e P

RX do pé D - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da ulna distal E ao RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Roberto Correia Lima. Tratamento conservador do TCE pela equipe da Neurocirurgia.

ALTA HOSPITALAR: 21/06/14

DATA DA EMISSÃO: 14/03/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CCF/PEETSHL
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (083) 3216-5736 / 3216-5775

Boletim de Atendimento Emergencial: 760187

Identificação do paciente			
ID 745807	Nome FABIO ALISSON GOMES MOREIRA		Sexo Masculino
Data de nascimento 20/08/1988	Idade 25 anos 10 meses 22 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe EDILEUSA GOMES MOREIRA	Pai NAO INFORMADO		
Escolaridade MEDIO INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) - IRMAO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 86246271	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3112167	CNS 898000121502114	
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADESAUDE		
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB	
CBO/R			
Endereço			
CEP 58086670	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Sete de Setembro	
Número 47	Complemento	Bairro Olizeiro	
Admissão			
Data e Hora Prevista 26/05/2014 00:51:22	Número da pulseira 2617169	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou CONDUTOR NAO INFORMADO		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO			Tempo 06min 22seg

Imprimir

12/07/2014 10:01



Assinado eletronicamente por: Bruno de Sousa Carvalho - 24/03/2017 11:44:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1703241139029200000006976135>
 Número do documento: 1703241139029200000006976135

Num. 7113351 - Pág. 1

RCV 05/02

8

Casa Vermelha Paraíba

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

Av. Crestes Lisboa, S/n Conj. Pedro Gonzalim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (+83) 3216-5736 / 3216-5775

Boletim de Atendimento Emergencial: 760187

Identificação do paciente

ID 743807	Nome FABIO ALISSON GOMES MOREIRA	Sexo Masculino
Data de nascimento 20/08/1983	Idade 25 anos 9 meses 6 dias	Estado civil SOLTEIRO(A) NAO INFORMADA
Mãe EDILEUSA GOMES MOREIRA		Pai NAO INFORMADO
E-mail MEDIC INCOMPLET		Responsável (Parentesco) ANNE KAROLINE GOMES BATISTA - FARMACIA
DDD Móvel 83	Phone Móvel 86246271	DDD Fixo Phone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	CNS
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)		UF PB
Email JOAO PESSOA	Naturalidade	CEP/R

Endereço

CEP 58036-670	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Setor de Sete Lagoas
Número 47	Complemento	Bairro Ortizeiro

Admissão

Data e Hora Prevista 26/05/2014 00:51:22	Número da placa 2617169	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	Organização do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Classificação de risco VERMELHA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO
Caráter de atendimento OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO		

Indicadores e Transporte

Caso policial: Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
treio de transporte SAMU		Cam. transporte CONDUTOR NAO INFORMADO	

Sinais Vitais

PA X	mmHg	P脉	Temperatura
---------	------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECC []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

CID

FEITO POR
HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHOPeríodo
05min 22s-12

26/05/14 NCR

Imprimir

Por exclusivo som 6pco () e () e ()

GLASGOW 15

NSCA () som coluna

Som sintesi do TCO

Auta () NCR



cirurgia geral 05:13.

Realizado sutura da 1^o procedimento P,
procedimento sem intercorrências.

CD = ① Atto da cirug. geral
② Nos andados da ortopedia

Dir. Dr. Alvaro Faria
CIRURGIA
MEDICA





Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:	IDADE:
-------------------	--------

DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA	
<p>Moto x Moto - Anamnese + uso cachaça + uso álcool</p> <p>desmaio (E) + Pec (D)</p>	

EXAME PRIMÁRIO			
VIAS AÉREAS <input checked="" type="checkbox"/> Pêrvias <input type="checkbox"/> Obstruídas <input checked="" type="checkbox"/> CERVICAL MOBILIADA: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não VENTILAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> Sem dificuldade <input type="checkbox"/> Com dificuldade VENTILAÇÃO MECÂNICA <input type="checkbox"/> APNÉIA AUSCUTA PULMONAR: 1- MURMURÍO VESICULAR <input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal <input type="checkbox"/> Presente e normal <input checked="" type="checkbox"/> Rude <input type="checkbox"/> Rude <input checked="" type="checkbox"/> HTD <input type="checkbox"/> HTD <input checked="" type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Diminuído <input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente 2 - RUIDOS <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim HTD - Roncos HTD - Sibilos HTD - Estertores <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não FR: _____ imp SaO ₂ : _____ %		CIRCULAÇÃO COR DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Cianótica <input checked="" type="checkbox"/> Pletórica <input type="checkbox"/> Ictérica TEMPERATURA DA PELE PULSO <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Ausente AUSCUTA CARDIÁCA RÍTIMO BULHAS <input type="checkbox"/> Normatonéticas <input type="checkbox"/> Hipofonéticas <input type="checkbox"/> Hipofonéticas <input type="checkbox"/> Ausente SOPRO BE OU B4 FC: _____ bmp PA: _____ X mmHg T: _____ °C ECG: _____	
		ABDOMEN:	

DÉFÍCIT NEUROLÓGICO				
Pupilas: <input type="checkbox"/> Fotorreageente <input type="checkbox"/> Paralisadas <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas (diferença = _____ mm)				
Escala de Glasgow:				

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
TOTAL:				Nenhuma	1

F(NG).CC.001-1



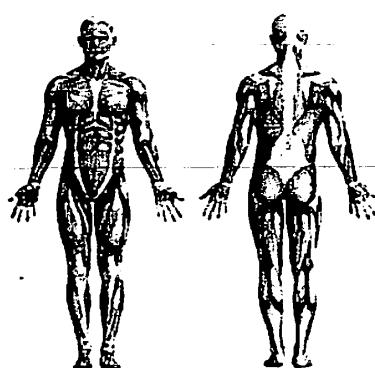
EXAME SECUNDÁRIO
ALERGIA: () Não () Sim: _____

MEDICAMENTOS: () Não () Sim: _____

IMUNIZAÇÃO: () Não () Sim: _____

PATOLOGIA: () Não () Sim: _____

ALIMENTOS INGERIDOS: () Não () Sim: _____

LOCAL DA LESÃO Identifique o local com o número correspondente ao lado →


- | | | | |
|----|---------------------|----|------------------------------|
| 1 | Abrasão | 19 | Fratura Óssea Fechada |
| 2 | Amputação | 20 | Fratura Óssea Aberta |
| 3 | Avulsão | 21 | Hematoma |
| 4 | Contusão | 22 | Ingurgitamento Nervoso |
| 5 | Crepitação | 23 | Lacerção |
| 6 | Dor | 24 | Lesão Tendínea |
| 7 | Edema | 25 | Luxação |
| 8 | Empalamento | 26 | Mordedura |
| 9 | Efisema subcutâneo | 27 | Movimento torácico paradoxal |
| 10 | Esmagamento | 28 | Objeto Engravado |
| 11 | Equimose | 29 | Otorragia |
| 12 | F. Arma Branca | 30 | Paralisia |
| 13 | F. Arma de Fogo | 31 | Paresia |
| 14 | F. Contuso | 32 | Parestesia |
| 15 | F. Cortante | 33 | Queimadura |
| 16 | F. Corto-Contuso | 34 | Rinorrágia |
| 17 | F. Perfuro-Contuso | 35 | Sinais de Isquemia |
| 18 | F. Perfuro-Cortante | 36 | |

OBS.: *Não cobra o acerto do raios x*
QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%): % Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- | | |
|--------------------------------|-------------------------|
| () Radiografias | () Lavado peritoneal |
| () Ultrassonografia (FAST) | () Gasometria arterial |
| () Tomografia computadorizada | () Tipagem sanguínea |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

1	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
2	<i>- Dilat/sgt</i>	<i>2</i>	<i>DR. BERNARDO CARVALHO</i>
3	<i>- Rins</i>	<i>2</i>	<i>DR. BERNARDO CARVALHO</i>
4	<i>- Rins</i>	<i>2</i>	<i>DR. BERNARDO CARVALHO</i>
5	<i>- Rins</i>	<i>2</i>	<i>DR. BERNARDO CARVALHO</i>
6	<i>- Rins</i>	<i>2</i>	<i>DR. BERNARDO CARVALHO</i>
7	<i>- Rins</i>	<i>2</i>	<i>DR. BERNARDO CARVALHO</i>
8	<i>- Rins</i>	<i>2</i>	<i>DR. BERNARDO CARVALHO</i>
9	<i>- Rins</i>	<i>2</i>	<i>DR. BERNARDO CARVALHO</i>
10	<i>- Rins</i>	<i>2</i>	<i>DR. BERNARDO CARVALHO</i>

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____/_____/_____

Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____/_____/_____

DESTINO DO PACIENTE

- | | |
|--------------|---|
| DATA | () Centro cirúrgico |
| DA | () Tranferência (unidade de saúde) |
| SAÍDA | () Internado (setor) |
| HORAS: _____ | () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A revália () Desistência |
| | () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () IML () SVO |

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1



Assinado eletronicamente por: Bruno de Sousa Carvalho - 24/03/2017 11:44:48

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1703241139029200000006976135>

Número do documento: 1703241139029200000006976135

Num. 7113351 - Pág. 5

2-100, APPENDIX

Av. Afonso Lisboa Sampaio, 100 - Centro, Pedro Ivo Campos - CEPE: 38031-090 - João Pessoa - PB
Telefone: 2106-5700
Av. Afonso Lisboa Sampaio, 100 - Centro, Pedro Ivo Campos - CEPE: 38031-090 - João Pessoa - PB

NOME DO PACIENTE: FÁBIO ALISSON		ESPECIALIDADE:	DATA: 06.06.14	BE/PRONTUARIO:
ALERGIAS:	ALERGIAS: () Medicamento () Alimento: Qual:	CLERANÇA DE CREATININA:	Descrição da Prescrição: Nome do Medicamento + Concentração + Forma Farmacêutica + Dose + Posologia + Vía de Administração + Durrago do Tratamento. Obs: Quantidade e descrição do endovenoso a ser administrado: Dose + Volume + Concentração de Infusão.	
INFORMAÇÕES MEDICAMENTO:		APRAZAMENTO	SCALP-HEPARINIZADO (Suspensão) DIPRORON 1 COMP. VO 6/H (SUSPENSÃO) TITAN 1 COMP. VO 12/H (SUSPENSÃO) CAPTOPRIL 25MG SE PWD 160 mg/pe. PARACETAMOL 1 COMP. VO 6/H S/SN. DIAZEPAM 1 FEV 8/H S/SN. SSVV/CCG CURATIVO TROCADA DE TALA S/N	
DIETAS VOLUNTÁRIA:		SIN	SIN	
ASSIMILAÇÃO:		SIN	SIN	
SERVIÇOS:		SIN	SIN	
ASSIMILAÇÃO do CRM:		Assimilação do CRM		
SERVIÇOS da Farmácia:		Assimilação da Farmácia		
ASSIMILAÇÃO do Médico e do CRM:		Assimilação do Médico e do CRM		

Assinado eletronicamente por: Bruno de Sousa Carvalho - 24/03/2017 11:44:48

<http://pie.tipp.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17032411390292000000006976135>

Número do documento: 17032411390292000000006976135

Núm. 7113351 - Pág. 6



NOME DO PACIENTE: FÁBIO ALISSON		Prescrito Medica	
ESPECIAIS DA DIADEMA		DATA: 03/06/17	BI/PRONTUARIO:
PESO:	ALÉRGIA: () Medicamento () Alimentar, Outr:	CLERANCE DE CREATININA:	
Descrição da Prescrição: Nome do Medicamento + Concentração + Forma Farmacêutica + Dose + Posologia + Vía de Administração + Duração do Tratamento. Obs: Quando a prescrição for endovenosa anote: Dose + Volume + Velocidade de Infusão.		MEDICAMENTO:	
SCALP HEPARINIZADO		INFORMAÇÕES IMPORTANTES	
TILATIL 1 COMP. VO 1/21H/SN.		RANITIDINA 1 COMP. VO 1X AO DIA	
DIPRORON 1 COMP. VO 6/61L (USPENSOS)		PARACETAMOL 1 COMP. VO 6/6 HS/SN.	
TRAMAL 1 FA/EV 8/8HS/SN.		DIAZEPAM 1 COMP. VO AS 22:00HS/SN.	
CURATIVO		SILV	
TROCA DE TALA/SN		SILV	
EVOLUGAO: oupaceo hidratado, aéreo/lat, anticefro.		FRAUTA PROCESSO ESTILOIDE DA LUNA	
CD:pvb/AGUARDIA CIR.		Assinatura do Médico com Carmo e no CRM	
Assinatura da Farmácia		Assinatura do Farmacêutico com Carmo e no CRM	
Assinatura do Médico com Carmo e no CRM		Assinatura do Farmacêutico com Carmo e no CRM	

F(NG)APC.001-2

RE



Assinado eletronicamente por: Bruno de Sousa Carvalho - 24/03/2017 11:44:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17032411390292000000006976135>
 Número do documento: 17032411390292000000006976135

Num. 7113351 - Pág. 7



HOSPITAL

ESTADUAL

DE SANTA

CATARINA

E

S

A

R

T

A

R

C

A

R

M

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

T

A

R

C

A

R

Assinado eletronicamente por: Bruno de Sousa Carvalho - 24/03/2017 11:44:48

<http://pie.tipb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17032411390292000000006976135>

Número do documento: 17032411390292000000006976135

Núm. 7113351 - Pág. 9





卷之三

Prescrição Médica

NOME DO PACIENTE: FÁBIO ALISSON		DATA: 02/06/14	BI/PRONTUÁRIO:																																							
ESPECIALIDADE:		SETOR:	LEITO:																																							
PESO:		ALERGIA: () Medicamento () Alimentar. Qual:																																								
		ENFERMARIA: 10-2	CLERANCE DE CREATININA:																																							
<p>Descrição da Prescrição: Nome do Medicamento + Concentração + Forma Farmacêutica+ Dose + Posologia + Vía de Administração + Duração do Tratamento. Obs: Quando a prescrição for endovenosa acrescentar: Diluente + Volume + Velocidade de Infusão.</p>																																										
<p>MEDICAMENTO:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>APRAZAMENTO</th> <th>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DIETA VO LIVRE</td> <td>Ciente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SCALP HEPARENIZADO</td> <td>Ciente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DIPIRONA 1 COMP. VO 6/6H. (SUSPENSO)</td> <td>Suspenso</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TIATIL 1 COMP. VO 12/12H S/N.</td> <td>S/N</td> <td></td> </tr> <tr> <td>RANITIDINA 1 COMP. VO 1X AO DIA</td> <td>0/0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CAPIOPRIL 25mg SE PAD>110mmhg OU PAS > 160 mmhg</td> <td>S/N</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PARACETAMOL 1 COMP. VO 6/6 HS S/N</td> <td>S/N</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TRAMAL 1 FA EV 8/8HS S/N</td> <td>S/N</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DIAZEPAM 1 COMP. VO ÀS 22:00HS S/N</td> <td>S/N</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SSV/CCG</td> <td>Ciente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CURATIVO</td> <td>Ciente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TROCA DE TALA S/N</td> <td>S/N</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					APRAZAMENTO	INFORMAÇÕES IMPORTANTES	DIETA VO LIVRE	Ciente		SCALP HEPARENIZADO	Ciente		DIPIRONA 1 COMP. VO 6/6H. (SUSPENSO)	Suspenso		TIATIL 1 COMP. VO 12/12H S/N.	S/N		RANITIDINA 1 COMP. VO 1X AO DIA	0/0		CAPIOPRIL 25mg SE PAD>110mmhg OU PAS > 160 mmhg	S/N		PARACETAMOL 1 COMP. VO 6/6 HS S/N	S/N		TRAMAL 1 FA EV 8/8HS S/N	S/N		DIAZEPAM 1 COMP. VO ÀS 22:00HS S/N	S/N		SSV/CCG	Ciente		CURATIVO	Ciente		TROCA DE TALA S/N	S/N	
	APRAZAMENTO	INFORMAÇÕES IMPORTANTES																																								
DIETA VO LIVRE	Ciente																																									
SCALP HEPARENIZADO	Ciente																																									
DIPIRONA 1 COMP. VO 6/6H. (SUSPENSO)	Suspenso																																									
TIATIL 1 COMP. VO 12/12H S/N.	S/N																																									
RANITIDINA 1 COMP. VO 1X AO DIA	0/0																																									
CAPIOPRIL 25mg SE PAD>110mmhg OU PAS > 160 mmhg	S/N																																									
PARACETAMOL 1 COMP. VO 6/6 HS S/N	S/N																																									
TRAMAL 1 FA EV 8/8HS S/N	S/N																																									
DIAZEPAM 1 COMP. VO ÀS 22:00HS S/N	S/N																																									
SSV/CCG	Ciente																																									
CURATIVO	Ciente																																									
TROCA DE TALA S/N	S/N																																									
<p>J: FRACTURA PROCESSO ESTILOIDE DA URNA EVOLUÇÃO: eupneico, hidratado, afebril, anictérico. Cd:pmu/ AGUARDA CIR.</p>																																										
<p>Assinatura do Médico Dom Câncio <i>Dom Câncio</i> <i>NE.º 11142-183</i></p>		<p>Servidor da Farmácia</p>																																								
<p>Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e n do C</p>		<p>Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e n do C</p>																																								

Av. Orestes Lisboa, s/n - Inteligência e Juíza Senator Irmão Lucena - IFAP/SC
Teléfone: 2106-5700

Evolução do paciente

BE/PRONTUÁRIO

760189

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
26/05/14		Paciente internado para tratamento cirúrgico de fratura de estabilização de ulna e húmero abertas. Estável. CD: VPM e Aguarda cirurgia Solicitado exame pré-op.
		<i>Bianca Lombuzzi Meloni</i> Bianca Lombuzzi Meloni Médica CRM-PB 9087
27/05/2014		# Serviço Social: Realizado orientações sobre normas e condutas hospitalares, inclusive sobre direitos dos usuários. Solicitado doações de sangue para a política de reposição.
		<i>Paula Dutra P. de Freitas</i> Paula Dutra P. de Freitas Assistente Social CRESS 3467
29/05/14	17:30	No momento consciente, orientado, está vel e enciumbrante, humor estável. Segue aos cuidados aguardando cirurgia se sem queixas no momento. ed: Escuta psicológica + apoio psicológico.
		<i>Maria Alice J. de Lima</i> Maria Alice J. de Lima Psicóloga Clínica Psicóloga Comportamental Cognitivo e comportamental Especialista em Neuropsicologia CNPJ 13.6167
31/05/14		Paciente de alta hospitalar a qual fó <u>francamente</u> não comunica a família. Orientações sobre o agendamento ambulatório.

F(NG).ENF.018-1

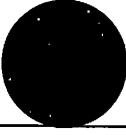


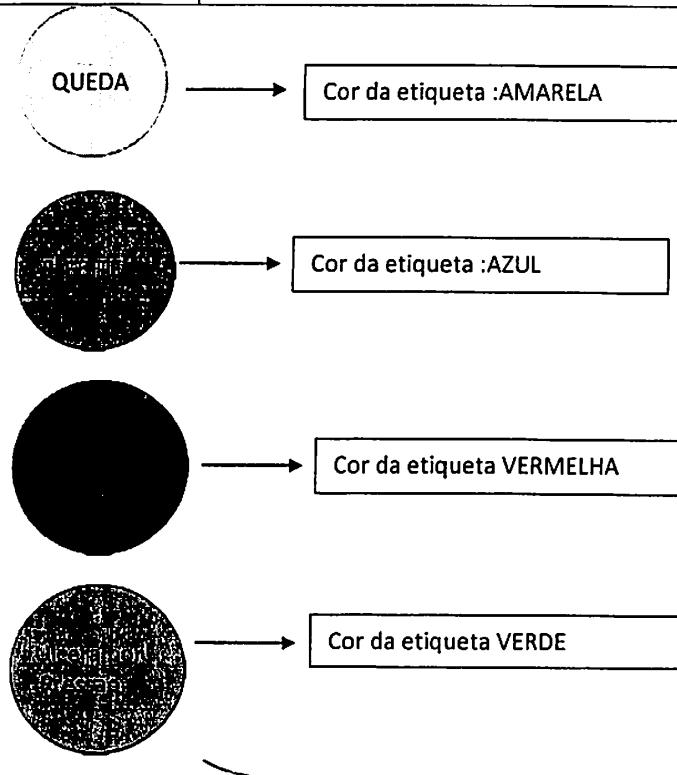


CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

REETSHL

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

IDENTIFICAÇÃO		IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS
NOME		
	Fábio Alisson G. Noronha	
DIAGNÓSTICO	Fratura de estilete de ulna	



J. C. Santos
Dr. Fabiana Cristina de Brito Dantas
Enfermeira
CREF/PE 367.880

F(NG).GQUA.003-1



Assinado eletronicamente por: Bruno de Sousa Carvalho - 24/03/2017 11:44:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1703241139029200000006976135>
 Número do documento: 1703241139029200000006976135

Num. 7113351 - Pág. 12

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: Fábio Alisson Jen
Enfermaria/Leito: 10/102

Cirurgia:

Cirurgião: Roberto Corrêa + Ricardo Bovres

Data: 19/06 / 14 Sala: 02

Circulante de Sala: Elenir / Rosilene

Per. gástrica/BSG/tra - 2224

17/6/14 UX: Perfurota Taimin 5pcas
claud 1402-5 Muda

Ex/DE f/mas - 77/peco
Elipsos 12156 07/14

Ca/conditente/H/tra - 2224

*Pedro Henrique da Silveira
Médico Enfermeiro
COREN-PE 0836312*

F(NG).ASCIR.029.1





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

CG

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Fabio Almeida G Lucena			Registro:			
Idade:	Sexo:	IL	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:	
Data:	10/06/10	Cirurgião:	Dr Rosendo Correia	1º Assistente:			
2º Assistente	3º Assistente		Instrumentador:				
Anestesista:	Tipo de Anestesia:		Hora Início:	Hora termino:			

Diagnóstico(s) Pós-Operatório	CID
Fratura de estabilizante da ulna	

Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código
Tratamento cirúrgico de fratura de estabilizante da ulna	

Acidente durante ato cirúrgico	Descreva:		
1º sim	2º não		
Biopsia de congelação:	1º sim	2º não	
Encaminhamento do paciente após ato cirúrgico:	1º enfermaria	2º terapia intensiva	
	3º residência	4º óbito durante ato cirúrgico	

19/06/2014
João Pessoa - Data

Dr. Bento Kelton P. Gonçalves
CRM-PB 7654

Ass. do Médico / CRM



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

① Paciente em decúbito dorsal sob bloqueio da flexo troquial

Incisão:

② Longo + retângulo + exposição do cangote
operatório

Achados:

④ Achado fuso de fratura em estabilizado
ao ilíaco

Conduta:

⑤ Fuso reduzido + fixo em fio de Vicryl

⑥ Desferro por placa contínua

⑦ Cerrado cirúrgico

⑧ Radiografia de controle

Fechamento:

Observação:

DP8 - Produtor SEU infecções

Data, João Pessoa de de

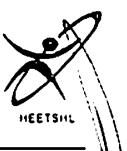
Assinatura/carimbo

Jr. Bento Kelton B. Gonçalves

CRM-PB 7854

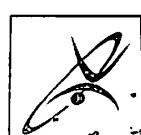


Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE		Fábio Alisson Júnior Soárez						
IDADE: 25 DE 26/01/87		FRONTUÁRIO	ENFERMAGEM	LEITO:				
CIRURGIA:		E. E. Soárez Paula ESSA						
CIRURGÃO		Roberto Soárez + Filomeno Barros - AUX						
ANESTESIA:		Geral.						
ANESTESISTA		Luciano Lima.						
INSTRUMENTADOR								
DATA: 19/6/2014		TEMPO CIRÚRGICO -	ANESTESIA INÍCIO:	FIM:	CIRURGIA INÍCIO: 14:40:13:55			
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESEIOLOGISTE)								
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()								
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA								
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD	MATERIAIS CONT.	QTD	FIOS		QTD	
ALFETANILA			JALECO N° 18	1	FIO CAT GUT CROMADO N°			
BULPIVACAINA ISOBARICA		<i>Seringa Ringer.</i>	JALECO N° 20		FIO CAT GUT CROMADO N°			
BULPIVACAINA PESADA			JALECO N° 22		FIO DE AÇO N°			
CETAMINA			JALECO N° 24		FIO DE AÇO N°			
DROPERIadol			KIT SIST. DREN. TORACICO N°		FIO DE NYLON N°			
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD	LÂMINA BISTURI N° 11		FIO DE NYLON N°		
FENOBARBITAL		ÁLCOOL ETÍLICO 70%	1	LÂMINA BISTURI N° 15		FIO DE NYLON N° 210		
FENTANILA		PVPi DEGERANTE		LÂMINA BISTURI N° 23		FIO DE POLIGLACTINA N°		
FLUMAZENIL		PVPi TINTURA	1	LÂMINA BISTURI N° 24		FIO DE POLIGLACTINA N°		
ISOFLURANO		PVPi TÓPICO		LÂMINA DE DERNATOMO		FIO DE POLIGLACTINA N°		
LEVOBULPIVACAINA C/ VASO		SABÃO ANTISEPÓTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO DE POLIPROPILENO N°		
LEVOBULPIVACAINA S/ VASO		MATERIAIS	QTD	LUVA DE PROCEDIMENTO PAH	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO DE POLIPROPILENO N°		
LIDOCAINA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTERIL N° 7,0		FIO DE POLIPROPILENO N°		
LIDOCAINA S/ VASO		AGULHA 25X07		LUVA ESTERIL N° 7,5	1	FIO DE POLIGLECAPRONE N°		
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08		LUVA ESTERIL N° 8,0		FIO DE SEDA N°		
MORFINA		AGULHA 40X12		LUVA ESTERIL N° 8,5		FITA CARDIACA		
NIMBIDUM		AGULHA PERIDURAL N° 16		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL		QTD
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N° 17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC		
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N° 18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO		
PROPORFOL		AGULHA RAQUI N° 25G		SCALP N° 19		CLIP TITÂNIO LIGADURA		
RAMIFETANILA		AGULHA RAQUI N° 26G		SCALP N° 20		FIO DE KIRSCHNER N° 20 01		
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI N° 27G		SERINGA DE 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°		
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA DE 5ML		FIO STEINMAN N°		
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	1	SERINGA DE 10ML		FIO STEINMAN N°		
TIOPENAL		ATADURA GESSADA		SERINGA DE 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO		
MEDICAÇÕES		QTD	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP TRAQUEAL N° 8		HEMOST ABSORVÍVEL	
ADRENALINA			CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP TRAQUI AL N° 10		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA			CATETER DE OXIGÉNIO		SONDA ASP TRAQUAL N° 12		PROTESE VASCULAR	
ATRIPINA			CATETER EMBOLIC ARTERIAL N°		SONDA ASP TRAQUI AL N° 14		KIT PAM	
BEXTRA			CATETER EPIDURAL N° 18		SONDA ASP TRAQUEAL N° 16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA			CATETER EPIDURAL N° 17		SONDA FOLEY 2 VIAS N° 12		EMPRESA	
DEXAMETOSONA			CATETER EPIDURAL N° 18		SONDA FOLEY 2 VIAS N° 14			
CIPIRONA SÓDICA			CERA PARA OSSO /		SONDA NASOG CÚRIA		PARAFUSOS CORTICIAIS	
EFEDRINA			COLET DE URINA FECHADO		SONDA NASOG LONGA		PARAFUSOS CORTICIAIS	
FUROSEMIDA			COMPRESSAS CIRÚRGICAS	<input checked="" type="checkbox"/>	SONDA URETAL N°		PARAFUSOS ESPOÑOSO	
GLICOSE 50%			COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPOÑOSO	
GLUCONATO DE CALCIO			DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA			DRENO DE SUCÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAINA GELEIA			ELETRODOS	1	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA	
ONDASENTRONA			EQUIPO MACROGOTAS	1	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PLASIL			EQUIPO TRANF SANGUE					
PROSTIGMINE			EQUIPO MICROGOTAS				EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA			ESPONJA DE PVPi		FIOS		QTD	() ASPIRADOR
TENOXICAN			ESPARADRAPO	1	FIO ALGODÃO S/A N°			() BISTURI ELÉTRICO
			GAZES	2	FIO ALGODÃO S/A N°			() CAPNOGRAFO
			GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C/A N°			() CÁRDIOMONITOR
			GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A N°			() DESFIBRILADOR
			JELCO N° 14					() FOCO AUXILIAR
			JELCO N° 16					() FOCO CENTRAL
								() MICROSCOPIO
								() OXÍMETRO DE PULSO
								() P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA
								() PERFORADOR ELÉTRICO
								() SERRA
								EQUIPAMENTOS
								Rodrigo Soárez Assinado em 19/06/2014 Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro COPIA 1/2 + Celso

		ANESTESA HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SECRETAIA DE ESTADO DA SAÚDE GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA		PAT0614 PACIENTE <i>Thaíde Andrade</i> GENÉ <i>mariana</i> SEXO <i>COR</i> IDADE REGISTRO <i>360187</i> HOSPITAL <i>CATEGORIA</i> ACOMODAÇÃO ENDERECO DO PACIENTE - FONE ESTADO GERAL <i>BOA</i> REGULAR <i>MAU</i> PESSIMO RISCO CIRÚRGICO <i>BO</i> REGULAR <i>MAU</i> PESSIMO EXAMES COMPLEMENTARES AP RESPIRATÓRIO <i>AP CIRCULATÓRIO</i> ESTADO MENTAL <i>Anishto</i> DROGAS EM USO PREANESTÉSICO <i>Dose-Hora</i> DROGAS FÍSICO-ASSA DIAGNÓSTICO PRE-OPERTÓRIO CIRURGIA REALIZADA <i>C.C. fúnun</i> DATA <i>06/06/14</i> INÍCIO DA ANESTESIA TERMINO DA ANESTESIA DURAGO DA ANESTESIA 30 DO PROCEDIMENTO QUANT DE OH VALOR RS ANESTESISTA CRM PB AGENTE / HOR <i>11:30</i> <i>11:30</i> <i>11:30</i> <i>11:30</i> H.O. <i>20/06/14</i> LÍQUIDOS VENOSOS <i>1000</i> SETO DE AGOADA ANESTESIA PARTERIAL CODIGOS ANESTESIA GERAL RAOUANA EPIDURAL BL00 PLXO BL00 NERVO PUTROS TECNICA GLICOSE NA <i>X</i> HO NA <i>2</i> CE <i>6</i> NA <i>7</i> NA <i>8</i> NA <i>9</i> NA <i>10</i> NA GLICOSE VOLUME EM ML MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO LGUIDOS ASSINATURA DO ANESTESISTA <i>CRM-RJ-5279814 Câmara G. de Lima</i>	
				DESTINO DO PACIENTE APT. <i>202</i> ENFERM <i>202</i> RESIDENCIA OUTROS TOTAL RINCER SANGUE NA NA	





(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE



(/Pages A A ⓘ
/Acessibilidade.aspx)



/Atalhos-
COMO PEDIR INDENIZAÇÃO
de-Teclado.aspx)

Documentos Despesas
Médicas (/Pages
/Documentacao-
Despesas-
Medicas.aspx)
Documentos Invalidez
Permanente (/Pages
/Documentacao-
Invalidez-
Permanente.aspx)
Documento Morte
(/Pages
/Documentacao-
Morte.aspx)
Dicas Indispensáveis
(/Pages/Dicas-
Indispensaveis-
Para-Pedir-
a-Indenizacao.aspx)

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 2014955866 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FABIO ALISSON GOMES MOREIRA
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO
Companhia Municipal de Seguros

PAGUE SEGURO



Assinado eletronicamente por: Bruno de Sousa Carvalho - 24/03/2017 11:44:52
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1703241140171170000006976195
Número do documento: 1703241140171170000006976195

23/03/2017 15:59

Num. 7113412 - Pág. 1

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)
Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
26/11/2014	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)



Assinado eletronicamente por: Bruno de Sousa Carvalho - 24/03/2017 11:44:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1703241140171170000006976195>
Número do documento: 1703241140171170000006976195

23/03/2017 15:59

Num. 7113412 - Pág. 2



**Poder Judiciário da Paraíba
17ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0814486-81.2017.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de Justiça Gratuita.

Trata-se de ação de Cobrança de Seguro DPVAT.

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos.

João Pessoa,data definida no sistema.

Juiz(a) de Direito



Juntada de comprovante de envio de Carta de Citação



Assinado eletronicamente por: DIANA CRISTINA SANTOS - 21/05/2019 13:22:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052113223331600000020740488>
Número do documento: 19052113223331600000020740488

Num. 21339752 - Pág. 1

**Poder Judiciário da Paraíba
17ª Vara Cível da Capital**
Av. João Machado, s/n, Centro, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58.013-520
Tel.: (83) 3208-2495; e-mail: jpa.17varacivel@tjpb.jus.br

CARTA DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0814486-81.2017.8.15.2001

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM (7)
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]
AUTOR: FABIO ALISSON GOMES MOREIRA
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A
Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

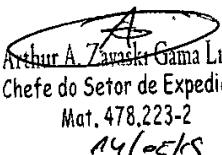
Prezado(a) Senhor(a),

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) MM Juiz(a) de Direito desta 17ª Vara Cível da Capital, venho, por meio desta, Citar a parte Ré, **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A**, através de seu representante legal, por todos os atos do processo acima mencionado para, bem como para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

João Pessoa, em 22 de abril de 2019

De ordem, DIANA CRISTINA SANTOS
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:
17032411360760100000006976029


Arthur A. Závaski Gama Lima
Chefe do Setor de Expedição
Mat. 478.223-2
14/05/19

Num. 20654663 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: DIANA CRISTINA SANTOS - 18/04/2019 18:33:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041818330629400000020090635>
Número do documento: 19041818330629400000020090635



Assinado eletronicamente por: DIANA CRISTINA SANTOS - 21/05/2019 13:22:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052113223592200000020740501>
Número do documento: 19052113223592200000020740501

Num. 21339766 - Pág. 1