



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
7113190	24/03/2017 11:46	Petição Inicial	Petição Inicial
7113282	24/03/2017 11:46	Procuração e docs pessoais	Comunicações
7113315	24/03/2017 11:46	Docs do acidente	Comunicações
7113351	24/03/2017 11:46	Cópia do prontuário	Comunicações
7113412	24/03/2017 11:46	Comprovante.Pgto.Adm	Comunicações
9138552	16/08/2017 16:20	Despacho	Despacho
21339752	21/05/2019 13:22	Outros Documentos	Outros Documentos
21339766	21/05/2019 13:22	Carta de citação P. 0814486-81	Outros Documentos

PETIÇÃO INICIAL EM ANEXO



P R O C U R A Ç Ã O

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.


FABIO ALISSON GOMES MOREIRA



D E C L A R A Ç Ã O

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.

Fabio Alisson Gomes Moreira

FABIO ALISSON GOMES MOREIRA



SEVERINA GOMES DA SILVA
AV. PALMARES, 357 - CRUZ DAS ARMAS
JOÃO PESSOA/PB CEP: 5805-410 (A5 1)

Classificação RESCUE/RESCUE (BANK) RECORRETO/RECORRETO 30/01/2016 (CNPJ) 03.06.183.0001.43 (PIS) 11.6015.022
Razão 17-2-315-1640 Referência 04/1/2016
Remessa 0000219473 Emissão 26/12/2016

ENERGISA PARAIBA CONTRIBUIÇÃO ENERGIA
CNPJ 03.06.183.0001.43 (PIS) 11.6015.022
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica 170012482
Código para Dúvida Automática: 000048942

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energis.com.br

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

Dez / 2016

Apresentação

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE fornecida pela Lei
nº 10.438, de 26 de abril de 2002

28/12/2016

Data prevista da
próxima leitura

28/01/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

27231310437
Data Letura Data Letura
28/12/16 17159 28/12/16 17475

Faturas em atraso

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30kWh/BR	30	0,15093	4,51
Consumo - 31 a 100kWh/BR	70	0,21925	15,34
Consumo - 101 a 220kWh/BR	120	0,24735	29,68
Consumo acima de 220kWh/BR	1	0,43542	0,43
Adc. B. Amarela			0,00
Subscrito			27,90
ICMS			40,10
PIS			1,50
COFINS			0,69

Histórico de Consumo
(kWh)

Jan/16 226
Feb/16 225
Mar/16 221
Abr/16 227
Mai/16 214
Jun/16 216
Jul/16 249
Ago/16 214
Set/16 217
Out/16 228
Nov/16 215
Dez/16 232

LANÇAMENTOS E SEQUÊNCIAS
CONTRIBUIÇÃO ENERGIA ELÉTRICA
JÚROS DE MORA 10/2016
MULTA 11/2016
REMESSA DE CANCELAMENTO 12/2016
Descontos Subscrito

BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	148,52	27,90
PIS	148,52	1,50
COFINS	148,52	0,69

VENCIMENTO 05/01/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 137,01

Mês dos últimos meses
227

b41a 27ea.e660.ec7c.315b 0ae6 4134 aa39

Indicadores de Qualidade 11/2016 - Dia do Bojo

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Distribuição	Valor (R\$)	%
CONSUMO TRIMESTRAL	207	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO SEMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO TRIMESTRAL	20,30	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CONSUMO ANUAL	10,15	0,00	220	CONSUMO	27,90	75,00
CON						



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

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



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

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 Tarcísio Burití (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 16 de Janeiro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico

CREP/SP nº: 10171

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

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





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 íntegra: 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 Oitizeiro, 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 Oitizeiro; 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, Oitizeiro, 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.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


FABIO ALISSON GOMES MOREIRA
Noticiante

Procedimento Policial: 00586.01.2017.1.00.420





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.

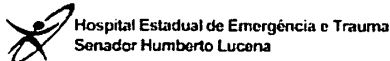
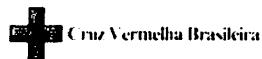
ALTA HOSPITALAR:	21/06/14
DATA DA EMISSÃO:	14/03/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CREFEETSH
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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





Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim Joro Pessoa - Para'ba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (83) 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 3112187	CNS 898000121502114	
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)		Tipo UNIDADESAUDE	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58088670	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Sete de Setembro	
Número 47	Complemento	Bairro Oitzeiro	
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 nsc VERMELHA	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalha 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	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Ralo 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

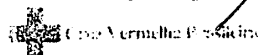


Assinado eletronicamente por: Bruno de Sousa Carvalho - 24/03/2017 11:44:48

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

Número do documento: 1703241139029200000006976135

Num. 7113351 - Pág. 1



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, Sítio Conj. Pedro Góes Joo Pessoa - Para'ba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (783) 3216-5736 / 3216-5775

Boletim de Atendimento Emergencial: 760187

Identificação do paciente

ID 745807	Nome FABIO ALISSON GOMES MOREIRA		Sexo Masculino
Data de nascimento 20/08/1983	Idade 25 anos 9 meses 6 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe EDILEUSA GOMES MOREIRA	Pai NAO INFORMADO		Prontuário
Especialidade MEDIC INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) ANNE KAROLINE GOMES BATISTA - IPMAO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 86246271	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	CNS	
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURTY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADESAUDE	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CEO/R	

Endereço

CEP 59039870	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Sste de Setembro
Número 47	Complemento	Barro Oitzeiro

Admissão

Data e Hora Prevista 26/08/2014 00:51:22	Numero da pulseira 2617169	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clinica 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	Vem de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Condutor transporte CONDUTOR NAO INFORMADO		

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico	CIC
Examinado por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO	Tempo 05min 22seg

Imprime

26/08/14 NCR
(2:30:00) por exclusão em bases (E) e (D)
GUSCON 18
NSCA com um colado
Sem sinais de TCU
Alta na NCR



cirurgia geral OS:13.

Realizado sutura de 1º dedo do pé D,
procedimento sem intercorrências.

CD = ① sítio da cirurg. geral

② nos cuidados da ortopedia

Dr.ª Maria Alves
CRM: 4.384
MÉDICA





Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

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

DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA
Alto x Alto – Anestesia + uso CAPOTE + uso ALCOOL
Der mão (E) + PE (D)

EXAME PRIMÁRIO	CIRCULAÇÃO
VIAS <input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	COR DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Cianótica
AÉREAS CERVICAL IMOBILIZADA: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Pletórica <input type="checkbox"/> Ictérica
VENTILAÇÃO: TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	TEMPERATURA DA PELE <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> Sem dificuldade	PULSO <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentado
<input type="checkbox"/> Com dificuldade	<input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Ausente
() VENTILAÇÃO MECÂNICA	AUSCUTA CARDÍACA
() APNÉIA	RÍTIMO <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Ausente
AUSCUTA PULMONAR:	BULHAS <input type="checkbox"/> Normatonéticas <input type="checkbox"/> Hipofonéticas
1- MURMÚLIO VESICULAR	<input type="checkbox"/> Hipofonéticas <input type="checkbox"/> Ausente
HTD <input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal <input type="checkbox"/> Rude <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente	SOPRO <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente
HTE <input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal <input type="checkbox"/> Rude <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente	BE OU B4 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2 - RUIDOS	FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> Não	ECG: _____
HTD Roncos Sibilos Estertores	ABDOMEN:
HTE Roncos Sibilos Estertores	
FR: _____ imp SaO₂ _____ %	

DÉFICIT NEUROLÓGICO
Pupilas: <input type="checkbox"/> Fotorreagente <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
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo 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
				Nenhuma	1
TOTAL: 15					

F(NG).CC.001-1

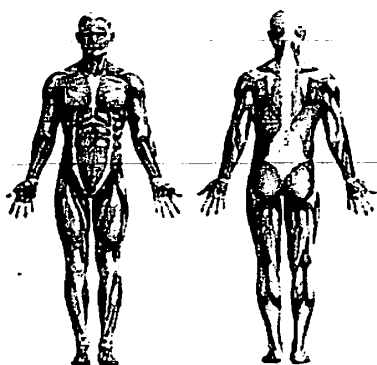


EXAME SECUNDÁRIO

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 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 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 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

Não lembra o acontecido no dia 27/05

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

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	10 AT		
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

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

DESTINO DO PACIENTE

DATA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____

() Centro cirúrgico
 () Transferência (unidade de saúde) _____
 () Internado (setor) _____
 () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A reavalia () Desistência
 () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () JML () SVO

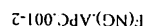
ATURA/CARIMBO

ASSIN

ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1





Av. Orestes Lisboa, s/n, Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB
 Telefone: 2106-5700

NOME DO PACIENTE:	FABIO ALISSON		
ESPECIALIDADE:	SETOR:	ENFERMARIA:	DATA:
PESO:	ALERGIA: () Medicamento () Alimentar.	Qual:	B/E PRONTUÁRIO:
Descrição da Prescrição:	Nome do Medicamento + Concentração + Forma Farmacêutica + Dose + Posologia + Via de Administração + Duração do Tratamento. Obs.: Quando a prescrição for endovenosa acrescentar: Diluente + Volume + Velocidade de Infusão.		
MEDICAMENTO:	AAPAZAMENTO	INFORMAÇÕES IMPORTANTES	DIETA VO LIVRE SCALP HEPARENIZADO (Seringa) DIPIRONA 1 COMP. VO 6/6H. (SUSSPENSO) TITILATIL 1 COMP. VO 12/12H S/N. KANTIDINA 1 COMP. VO 1X AO DIA CAPTOPRIL 25mg SE PAD > 110mmhg OU PAS > 160 mmHg PARACETAMOL 1 COMP. VO 6/6 HS S/N TRAMAL 1 FA EV 8/8HS S/N DIAZEPAM 1 COMP. VO AS 22:00HS S/N SSV / CCGG CURATIVO TROCA DE TALA S/N Olanes sup grip sup OB g sin sin sin sin sin sin sin Troca de tala sin Curativo SSV / CCGG Diazepam 1 comp vo as 22:00hs s/n Tramal 1 fa ev 8/8hs s/n Paracetamol 1 comp vo 6/6 hs s/n Captopril 25mg se pad > 110mmhg ou pas > 160 mmhg Kantidina 1 comp vo 1x ao dia Titilatil 1 comp vo 12/12h s/n Scalp heparenizado (seringa)
		Servidor da Farmácia	Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e n do C

Prescrição Médica

 $\gamma - \sigma$ 

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



Prescrição Médica

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

Num. 7113351 - Pág. 7

Número do documento: 17032411390292000000006976135

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

NOME DO PACIENTE: FABIO ALISSON

ESPECIALIDADE:

SETOR:

ENFERMARIA: 10-2

LEITO:

BI/PROMOTUÁRIO:

ALERGIA: () Medicamento () Alimentar. Qual:

CLERANCE DE CREATININA:

Descrição da Prescrição: Nome do Medicamento + Concentração + Forma Farmacêutica + Dose + Posologia + Via de Administração + Duração do Tratamento. Obs: Quando a prescrição for endovenosa acrescentar: Diluente + Volume + Velocidade de Infusão.

MEDICAMENTO:

APRAZAMENTO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

DIETA VO LIVRE

SCALP HEPARINIZADO

DIPIRONA 1 COMP. VO 6/6H. (SUSPENSÃO)

TELATIL 1 COMP. VO 12/12H S/N.

KANTIDINA 1 COMP. VO 1X AO DIA

CARTOPRIL 25mg SE PAD > 110mmHg OU PAS > 160 mmHg.

PARACETAMOL 1 COMP. VO 6/6 HS S/N.

TRAMAL 1 FA EV 8/8HS S/N.

DIAZEPAM 1 COMP. VO AS 22:00HS S/N.

SSVV /CCGO

CURATIVO

TROCA DE TALA S/N

EVOLUÇÃO: eupneico, hidratado, afebril, antitético.
CD: vpm/ AGUARDA CIR.

Servidor da Farmácia

Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e n do C

Assinatura do Médico com Carimbo e n do CRM

Dr. Silvio Brandão S. Barros

Hospital Esindor Humberto Lucena - HIESHL
Av. Orestes Lacerda, s/n - 1º andar - Centro - João Pessoa - PB
Telefone: 2106-5700

F(NG).APC.001-2

MESENH





HOSPITAL
ESTADUAL DE EMERGÊNCIA
E TRAUMA

Prescrição Médica

NOME DO PACIENTE: FABIO ALISSON		DATA: 04/06/14	BE/PRONTUÁRIO:
ESPECIALIDADE:	SETOR:	ENFERMARIA: 10-2	LEITO:
PESO:	ALERGIA: () Medicamento () Alimentar. Qual: _____		CLEARANCE DE CREATININA:
Descrição da Prescrição: Nome do Medicamento + Concentração + Forma Farmacêutica + Dose + Posologia + Via de Administração + Duração do Tratamento. Obs: Quando a prescrição for endovenosa acrescentar: Diluente + Volume + Velocidade de Infusão.			
MEDICAMENTO:		APRAZAMENTO	INFORMAÇÕES IMPORTANTES
DIETA VO LIVRE			
SCALP HEPARENIZADO		Adenusa	
DIPIRONA 1 COMP. VO 6/6H. (SUSPENSO)		Adenusa	
TILATIL 1 COMP. VO 12/12H S/N.		S/N	
RANITIDINA 1 COMP. VO 1X AO DIA		S/N	
CAPTOPRIL 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.		Adenusa	
SSV /CCGG		Adenusa	
CURATIVO		Adenusa	
TROCA DE TALA S/N		S/N	
3: FRATURA PROCESSO ESTILOIDE DA ULNA e VOLUÇÃO: eupneico, hidratado, afebril, anictérico. Cid:cpm/AGUARDA CIR.			
Assinatura do Médico com Carimbo e n.º do CRM		Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e n.º do C	
Servidor da Farmácia			

Hospital Estadual de Emergência e Trauma - Senador Humberto Lucena - HET/STH.
Av. Orestes L. Lisboa, s/n - Cóp. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB
Telefone: 2106-5700

F(NG).APC.001-2





Prescrição Médica

NOME DO PACIENTE: FABIO ALISSON		DATA: 03.06.14	BE/PRONTUÁRIO:
ESPECIALIDADE:	SETOR:	ENFERMARIA: 10-2	LEITO:
PRESO:	ALERGIA: () Medicamento () Alimentar, Qual:		
Descrição da Prescrição: Nome do Medicamento + Concentração + Forma Farmacêutica + Dose + Posologia + Via de Administração + Duração do Tratamento. Obs: Quando a prescrição for endovenosa acrescentar: Diluente + Volume + Velocidade de Infusão.			
MEDICAMENTO:		APRAZAMENTO	
DIETA VO LIVRE		INFORMAÇÕES IMPORTANTES	
SCAP. HEPATIZADO		Sup.	
DIPIRONA 1 COMP. VO 6/6H. (SUSPENSÃO)		6/6	
TILATIL 1 COMP. VO 12/12H S/N.		6/6	
RANITIDINA 1 COMP. VO 1X AO DIA		6/6	
CAPTOPRIL 25mg SE PAD > 110mmHg OU PAS > 160 mmHg.		6/6	
PARACETAMOL 1 COMP. VO 6/6 HS S/N.		6/6	
TRAMAL 1 FA EV 8/8HS S/N.		6/6	
DIAZEPAM 1 COMP. VO AS 22:00HS S/N.		6/6	
SSVV /CCGG		CURATIVO	
TROCA DE TAL A S/N		1 1 1	
) FRATURA PROCESSO ESTILOIDE DA ULNA			
Evolução: capiteo, hidratado, afebril, antitéico.			
Cd: ypn/ AGUARDAR			
Assinatura do Médico com o Carimbo e n do CRM		Servidor da Farmácia	
Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e n do C			

Hospital Estadual de Emergência e Trauma - Faculdade - HEEFISHL
Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gaudin - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB
Telefone: 2106-5700

F(NG).APC.001-2





SEISHI

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEE/STL,
Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 5803-190 - João Pessoa - PB
Telefone: 2106-5700


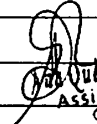




EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

760189

Nome do paciente


DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
26/05/14		Paciente internado para tratamento cirúrgico do fratura do estômago do ulna + lesão ulnar. Estável. CP: VPM e Aguarda cirurgia Solicitado exame pré-op.
		 Bianca Lombuzzi Meloni Médica CRM-PB 9087
27/05/2014		# Serviço Social: Realizados orientações sobre normas e condutas hospitalares, inclusive sobre direitos dos usuários. Solicitado exames de sangue para a Política de Pesquisa.
		 J. Queiroz P. de Sá Assistente Social CRESS-3467
29/5/14	17:30	No momento consciente, orientado, está um emocionalmente, humor estável. Segue em cuidados aguardando cirurgia e sem queixas no momento. cd: Escuta psicológica + apoio psicológico.
		 Maria Alice N. de Lima Psicóloga Clínica Cognitivo-Comportamental Especialista em Neuropsicologia CRP 13/6167
30/06/14		Paciente de alta hospitalar a qual já havia sido comunicada a família. Orientações sobre o andamento ambulatorial.
		 J. Queiroz P. de Sá Assistente Social CRESS-3467

F(NG).ENF.018-1



IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

HEALTH

IDENTIFICAÇÃO		IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS
NOME	<i>Fábio Alisson G. Moreira</i>	
DIAGNÓSTICO	<i>Fratura de estilóide de ulna</i>	



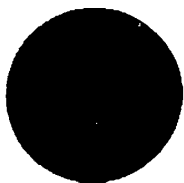
QUEDA



Cor da etiqueta :AMARELA



Cor da etiqueta :AZUL



Cor da etiqueta VERMELHA



Cor da etiqueta VERDE

Alcides
J.P. Paloma Cristina de Brito Dantas
Enfermeira
COREN-PR 367.892

F(NG).GQUA.003-1



de Caixas de ...

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: Fabio Alvarado

Enfermaria/Leito: 10/027

Cirurgia:

Cirurgião: Roberto Pereira + Ricardo Boveres

Data: 19 / 06 / 14 Sala: 02

Circulante de Sala: Olemer / Roseline

Ver. 2.0.0.0 / 10/10/2022

7/6/41 UX: *Peripogon taimin* Spe
Chale 1402-5 Munda

Co. DE femur = 77/1000
Elbow = 121/1000

~~20. Completed from 33 pages 47~~

7. *Realização de Atividade de Sítio*
 7.1. *Faculdade de Engenharia*
 7.2. *COREN - PB 4065712*
 7.3. *Almeida*

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

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Fabio Almeida G. Moreira</i>			Registro:		
Idade:	Sexo: <i>M</i>	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>14/06/14</i>	Cirurgião: <i>DR ROSENDO CORREIA</i>		1° Assistente:		
2° Assistente		3° Assistente	Instrumentador:		
Anestesista:		Tipo de Anestesia:	Hora Início:	Hora término:	

Diagnostico(s) Pós-Operatório	CID
<i>Fratura de estilete da ulna</i>	

Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código
<i>Tratamento cirúrgico de fratura de estilete da ulna</i>	

Acidente durante ato cirúrgico 1° sim <input checked="" type="checkbox"/> 2° não <input checked="" type="checkbox"/>	Descreva:
Biopsia de congelação: 1° sim <input type="checkbox"/> 2° não <input checked="" type="checkbox"/>	
Encaminhamento do paciente após ato cirúrgico: 1° enfermagem <input checked="" type="checkbox"/> 2° terapia intensiva <input type="checkbox"/> 3° residência <input type="checkbox"/> 4° óbito durante ato cirúrgico <input type="checkbox"/>	

<i>19 1 06 12014</i>
João Pessoa - Data

Dr. Brício Kelton B. Gonçalves
CRM-PB 7654

Ass. do Médico / CRM



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

① Paciente em decúbito dorsal sob telas de flúo trocálar

Incisão:

② Laparotomia + antecubital + incisão de curvatura

Achados:

③ massa subcutânea

Conduta:

④ Fato reduzido e fixado com fio de PDS

⑤ Discretos por plan abdominal

⑥ Coróteo externa

⑦ Radiografia de abdômen

Fechamento:

Observação:

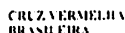
APR - Procedimento DE infecção

Data, João Pessoa de de

Assinatura/carimbo

Jr. Brício Kelton B. Gonçalves
CRM-PE 7854





A handwritten signature in black ink, appearing to be "G".



NOME DO PACIENTE: **Fabio Alisson Gomes Moreira**

IDADE: **25** DE **760187** FRONTEIRO ENFERMEIRO LEITO.

CIRURGIA: **E.C. fratura humero ESQ**

CIRURGIÃO: **Roberto Pereira + Ricardo Barros AUC**

ANESTESIA: **Gereral.**

ANESTESISTA: **Luciane Lima**

INSTRUMENTADOR:

DATA: **19/6/214** TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: FIM: CIRURGIA INÍCIO: **11:40** FIM: **13:55**

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD	MATERIALS CONT.	QTD	FIOS	QTD
ALFETANILA		JALECO N° 18	1	FIO CAT GUT CROMADO N°	
BULPIVACAÍNA ISOBARICA	Soro Ringier	JALECO N° 20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BULPIVACAÍNA PESADA		JALECO N° 22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA		JALECO N° 24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL		KIT SIST DREN TORAXICA N°		FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI N° 11		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI N° 15		FIO DE NYLON N° 210	1
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI N° 23		FIO DE POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI N° 24		FIO DE POLIPROPILENO N°	
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO DE POLIGLACTINA N°	
LEVOPULPACAINA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE CXERXTO		FIO DE POLIPROPILENO N°	
LEVOPULPACAINA S/ VASO	MATERIAIS	LAVA DE PROCEDIMENTO PAR	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO DE POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13x4.5	LUA ESTÉRIL N° 7.0		FIO DE POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25x07	LUA ESTÉRIL N° 7.5	1	FIO DE POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25x08	LUA ESTÉRIL N° 8.0		FIO DE SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40x12	LUA ESTÉRIL N° 8.5	1	FITA CARDIACA	
NIMBÍUM	AGULHA PERIDURAL N° 16	MASCARA CIRURGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N° 17	MULTIVIAS		CATEETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N° 18	PERFORADOR DE SONO		CIMENTO CIRURGICO	
PROPÓFIOL	AGULHA RAQUI N° 25G	SCALP N° 19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFETANILA	AGULHA RAQUI N° 26G	SCALP N° 20		FIO DE KIRSCHNER N° 2.0	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	SERINGA DE 10ML	1	FIO STEINMAN N°	
TIOPENAL	ATADURA GESSADA	SERINGA DE 20ML		GRAMPEADOR CIRURGICO	
MEDICAÇÕES	QTD	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST ABSORVEL	
ADRENALINA	CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP TRAQEAL N° 8		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	CATEETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP TRAQEAL AL N° 10		PROTESE VASCULAR	
ATROPINA	CATEETER EMBOLEC ARTERIAL N°	SONDA ASP TRAQEAL AL N° 12		KIT PAM	
BEXTRA	CATEETER EPIDURAL N° 16	SONDA ASP TRAQEAL AL N° 14		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	CATEETER EPIDURAL N° 17	SONDA ASP TRAQEAL AL N° 16			
DEXAMETOSONA	CATEETER EPIDURAL N° 18	SONDA FOLEY 2 VIAS N° 12		EMPRESA	
DIPIRONA SÓDICA	CERA PARA OSSO /	SONDA FOLEY 2 VIAS N° 14			
EFEDRINA	COLET DE URINA FECHADO	SONDA NASOG CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA NASOG LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°	<input checked="" type="checkbox"/>	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO	DRENO DE PENROSE	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAI	
LIDOCAÍNA GELÉIA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	1	PARAFUSOS MALEOLAI	
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	1	PLACA	
PLASIL	EQUIPO TRANF SANGUE	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA	ESPONJA DE PVPI	FIOS	QTD	() ASPIRADOR	
TENOXCAN	ESPARADRAPO	FIO ALGODÃO S/A N°		() BISTURI ELÉTRICO	
	GAZES	FIO ALGODÃO S/A N°	b	() CAPNÓGRAFO	
	GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO CIA N°		() CARDIOMONITOR	
	GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO CIA N°		() DESFIBRILADOR	
	JELCO N° 14			() FOCO AUXILIAR	
	JELCO N° 16			() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() PA INVASIVA / NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				EQUIPAMENTOS	

Agulha de blo quente . 01 (A50)

mascara laríngea n° 50 (03








(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

(/Pages   
/Acessibilidade.aspx)(/Pages
/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 Mutual de Seguro

PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)
Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.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)





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



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 mencionados, 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



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


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

Num. 20654663 - Pág. 1



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