



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



~~Bug~~  
~~gt~~

ACOLHIMENTO, 0 -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 853230



### Identificação do paciente

ID 921248	Nome CICERO SEVERINO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 23/01/1977	Idade 38 anos 5 meses 29 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário
Mãe JOSEFA MARIA DA SILVA	Paiz SEVERINO JOSE FELIZ DA SILVA			
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) MARIA CELMA DA SILVA - IRMAO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 91378607	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns 704009869482667		
Local de procedência CAPIM	Tipo MUNICIPIO			
Email	Naturalidade MAMANGUAPE	UF PB		
CBO/R				

### Endereço

CEP 58287000	Município de residência CAPIM	UF PB	Lagradouro JOSE ALVES
Número 14	Complemento	Bairro CENTRO	

### Admissão

Data e Hora Prevista 22/07/2015 08:21:46	Número da pulseira 3367437	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	Origem do paciente RUA
Classificação de risco VERMELHA	Detalhe do acidente MOTO X OBJETO	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	

### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

### Sinais Vitais

PA 130x90x	mmHg	P脉 83	Temperatura 38,97
---------------	------	----------	----------------------

### Exames complementares

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

Dados clínicos

~~EMERGÊNCIA~~

~~Oraum~~ ~~23/07/15~~

~~FACE~~ ~~31/07/15~~

~~Oraum~~ ~~22/07/15~~



ORDENS, A

15.07.

Pcto. Pcto. transf. de  
Sclerite de  
cicatrizal,

Anestesia:

Fx Exsorb. 4

4<sup>o</sup> QD Directo

- Fervento raro

Soyrate, Boa

Melancolia

e Psicose +

Fx de coagulação 5<sup>o</sup> MTC(E)

CO. ① Opatelite 2g 1/4 Agar

② Tetanogramma 250ml

JM Ayde

③ Agarico Lilleberg do  
outro Expendidore

8/ Declinar procedimento  
de encaminhar paciente.

André Pinto da Costa Lima

André Pinto da Costa Lima  
CRM - 5247  
16.07.2016 RM

Mr. Dr. Carlos

Ncr  
22.07.15

15.13

Per politraumatizado

EG: 14/15

roto ligamento 4 mm

equimose palpebral (D)

TC enuresis: HEM + prazos

muito topo em ponto e

temporal (D)

+ fractura 2/3 ossos o maxilla

col. fr comensais  
prazos

Dr. Transacra Tepira  
NEUROCIRURGIA  
CRM - 5247

CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## Primeiro Atendimento



3367437  
CICERO SEVERINO DA SILVA  
DT. NASC.: 23/01/1977  
MRE: JOSEFA MARIA DA SILVA

END.: JOSE ALVES  
N. 14 - CENTRO  
CAPIM  
FONE: ( )  
CELULAR: (83) 81070607  
IDADE: 38  
DT. ENTRADA:

BE.: 853230

HEETSIL

## PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

B.E.

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

## DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente trazido pelo SAMU com história de acidente motociclístico, com si-  
nais de embolia gástrica, apresentando edema, urinário clínico e suspeita de  
lesão óssea - contusão, um luxação(s), perda de elementos dentários;  
edema e dor em dorso, de maior origem, com déficit de movimento de  
30° a 45° quinodactilos erg.; luxo scapo - contusão com exposição da  
articulação do 4º quinodactilo.

## EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS  Périvas  Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA:  Sim  Não

## VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA  Sim  Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA  Sem dificuldade  
 Com dificuldade

## ( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA

## ( ) APNÉIA

## AUSCUTA PULMONAR:

## 1- MURMÚRIO VESICULAR

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal | <input type="checkbox"/> Presente e normal |
| <input type="checkbox"/> Rude                         | <input type="checkbox"/> Rude              |
| <input type="checkbox"/> Diminuído                    | <input type="checkbox"/> Diminuído         |
| <input type="checkbox"/> Ausente                      | <input type="checkbox"/> Ausente           |

## 2- RUIDOS

- |                              |                                     |                                     |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> Roncos     | <input type="checkbox"/> Roncos     |
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sibilos    | <input type="checkbox"/> Sibilos    |
|                              | <input type="checkbox"/> Estertores | <input type="checkbox"/> Estertores |

FR: imp SaO<sub>2</sub> %

## Déficit Neurológico

Pupilas:  Fotorreageente  Paralisadas  Isocôricas  Anisocôricas (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: \_\_\_\_\_

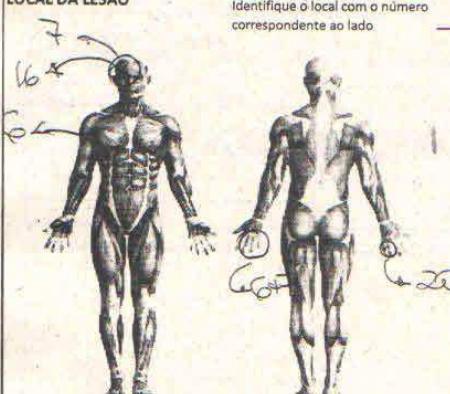
**MEDICAMENTOS:**  Não       Sim: \_\_\_\_\_

**IMUNIZAÇÃO:**  Não       Sim: \_\_\_\_\_

**PATOLOGIA:**  Não       Sim: \_\_\_\_\_

**ALIMENTOS INGERIDOS:**  Não       Sim: \_\_\_\_\_

### LOCAL DA LESÃO



Identifique o local com o número correspondente ao lado.

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

OBS.:

### QUEIMADURA:

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

### EXAMES SOLICITADOS

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

### PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Atendimento		
2	335% Iodoform ev		
3	Ribitroma Iamp + Adm ev		
4	Adental Iamp + Adm ev	09/50	
5			
6	Hct (124 mg/dl)		
7			
8	O2p / Crv - 31/min		
9			
10	Bidantais 4amp + 200ul SFO, 9%, N		

### SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da BME NOR / ORTO às : \_\_\_\_\_ da dia: \_\_\_\_\_

Solicito parecer da \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às : \_\_\_\_\_ da dia: \_\_\_\_\_

**DESTINO DO PACIENTE**  Centro cirúrgico

Transferência (unidade de saúde) \_\_\_\_\_

Internado (setor) \_\_\_\_\_

Alta hospitalar     Decisão médica     A pedido     A revalia     Desistência

**HORAS:** \_\_\_\_\_

Óbito     Até 48 hs.     Após 48 hs.     Família     IML     SVO

ASSIN

ATURA/CARIMBO

ASSIN

ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1





## RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSHI

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

## Posição e Preparo:

- ① Paciente em BOH com extensão geral + intubação nasal
- ② Anteriorização interna e externa - oral + reposição do sangue
- ③ Infiltração com Novocaina para uma vigília em parâmetro de mandíbula ④
- ④ Incisão em vestibular mandibular.

## Incisão:

- ⑤ Descolamento mucoperiosteal
- ⑥ Exponção da fratura
- ⑦ Bloqueio maxilo-mandibular com SG para fixar o sistema SC + fio de ferro
- ⑧ Redução da fratura

## Achados:

- ⑨ Fixação com 03 placas recta 04 furos de sistema 3.0 + 04 parafusos
- ⑩ Placa reta 06 furos de sistema 3.0 + 06 parafusos
- ⑪ Hemorragia nos parafusos de bloqueio
- ⑫ Suturas

## Conduta:

- ⑬ Fissura incompleta à LPPA

## Fechamento:

## Observação:

Médico/CRM:

Dr. Patrício Oliveira - CRO 4400  
Cirurgião Bucomaxilofacial  
Doutor em CTBMS-FOP/UNICAMP

João Pessoa, 24 / 07 / 15

F(NG).ASCIR.009-1



## Check List Cirurgia Segura – Salva Vidas



1º Aux. Cirurgia

Instrumentador/Firma

Tec. RX

> Cirurgião anestesiologista e a equipe de enfermagem confirmam verbalmente:

- Identificação do paciente  Sim  Não
- Sítio Cirúrgico  Sim  Não
- Procedimento  Sim  Não

> Eventos críticos previstos

Revisão do cirurgião: Quais são as etapas críticas ou inesperadas? \_\_\_\_\_

Qual a duração da operação? 3 horas

Revisão da equipe de anestesiologista: Há alguma preocupação específica em relação ao paciente?

- Sim  Não  
Qual? \_\_\_\_\_

> A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos?

- Sim  Não  Não se aplica

As imagens essenciais estão disponíveis?

- Sim  Não  Não se aplica

1.4 Antes do paciente sair da sala de operação (Registro)

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

Registro completo do procedimento intra-operatório, incluindo procedimento executado.

Se as contagens de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas

Como a amostra para anatomia patológica está identificada (incluindo o nome do paciente)

Se há algum problema com equipamento para ser resolvido  Sim  Não

Qual \_\_\_\_\_

O cirurgião, o anestesiologista e a equipe de enfermagem revisam preocupações essenciais para a recuperação e o manejo do paciente (especificar critérios mínimos a serem observados. Ex: dor)

> VERBALIZAR COM A EQUIPE

Registro cirúrgico  Controle radiológico OPME

Comanda/auto custo/laudos  Peça anatomo-patológica

(Acondicionamento, identificação, solicitação)

Materiais para cultura laboratorial

Intercorrência cirúrgica

Intercorrência operacional. Qual? \_\_\_\_\_

> TRANSFERÊNCIA

UIRPA  UTI

Enfermaria  HTOP

UPO

Enfermeiro/Coren: \_\_\_\_\_

Wanderson Coop - 267.682



# DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM TRANSOPERATÓRIA



## Técnico de Enfermagem

### 1. Identificação

Nome do Paciente: Eílano Severino da Silva BE/Prontuário: 853230  
Idade: 33 anos Sexo:  Masc /  Fem Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Data: 29/07/15 Hora: 10:15

### 2. Admissão de Enfermagem na Sala de Cirurgia

Paciente consciente orientado deambulando, foi admitido no bloco cirúrgico na sala 06 para submeter-se a um procedimento cirúrgico de Fixação + Redução de Fratura de Mandíbula; SSVU 82x54 mm + FC 65+82m FR 16 35pm SPA 98% e segue seu intercorrência e nos cuidados da equipe de Enfermagem

### 3. Dados Trans-Operatório

**Marly Soares Bezerra**  
Técnico Enfermagem  
COREN - 255869

Cirurgia realizada: TTO Cirúrgico de Redução + Fixação de Fratura de mandíbula  
Horário do Início: 11:00 hs Horário do Término: 12:35 hs

Tipo de Anestesia:

Peridural  Raqui  Geral  Bloqueio de Plexo  Geral + Sedação

Grau de Contaminação:

Infectada  Contaminada  Potencialmente Contaminada  Limpa

Posição do Paciente no Trans-Operatório:

Dorsal  Ginecológica  Lateral D  Lateral E  Ventral

Bisturi Elétrico:  Sim  Não Local da Placa: Panturrilha D.

Utilização de Coxins:  Sim  Não Local: Coxeca

Solução usada na assepsia:  PVPI  Clorexidina  Outros:

Sondas/drenos/câmlulas:

SNG  SNE  SVA  SVD  Penrose látex/Silicone  Succção  Tórax

Ostomias:  Traqueal  Cística  Abdominal

Extraído Projéteis de Arma de Fogo:  Sim  Não

Peça para Estudo Histopatológico:  Sim  Não

F(NG).ASCIR.016-1



PROTÓTIPO 102920

PACIENTE  
Cícero Severino da Silve

38	URPD		1235	29/07/15					
Anestesiado Fisiológico de Redução + Fixo de Sól de Mandíbula									
TESTAS	<input type="checkbox"/> GERAL VENOSA	<input type="checkbox"/> PERIDURAL C/CATETER	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO						
METAS	<input type="checkbox"/> GERAL VENOSA	<input type="checkbox"/> PERIDURAL S/CATETER	<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO						
	<input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA (V+S)	<input type="checkbox"/> RADIAL	<input type="checkbox"/> LOCAL						
LIGAÇÃO D <sub>2</sub>	1/mmc Mantendo nebulização c/água destilada 250ml	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO						
ITORIZAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> EUS	<input checked="" type="checkbox"/> EXOMETRIA	<input type="checkbox"/> FA	<input type="checkbox"/> FA INVASIVA	<input type="checkbox"/> PVC				
OS.	<input type="checkbox"/> SONDA GÁSTRICA		<input type="checkbox"/> SONDA NASO ENTERAL		<input type="checkbox"/> SONDA VESICAL				
	<input type="checkbox"/> GUEDEL 1#		<input type="checkbox"/> PENROSE LATEX		<input type="checkbox"/> PENROSE SILICONE				
	<input type="checkbox"/> KELATION		<input type="checkbox"/> TÓRAX		<input type="checkbox"/> SUSSO				
	<input type="checkbox"/> DUTROS								
LE DE CONSCIÊNCIA	<input type="checkbox"/> ACORDADO	<input type="checkbox"/> SONOLÉTO	<input type="checkbox"/> CALMO	<input type="checkbox"/> AGITADO					
A									
B									
O									
IR.									
LE DE ALDRETE-KROULIK									
CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	SATURAÇÃO D <sub>2</sub>	CIRCULAÇÃO	ATIVIDADE					
5M									
10									
20									
IDOS BALANÇO GERAL:									
TRATADOS	HORA	QUANT.	HORA	QUANT.	HORA	QUANT.	ELIMINADOS	QUANT.	QUANT.
UE GLÓBULOS							SANGUE		
UA							URINA		
JETAS							SUCO GÁSTRICO		
R. LACTATO									
FISIOLÓGICO									
GLUCOSADO							SUBTOTAL		
ITAL									

FONDAZIONEISI-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>Cleto Severino da Silva</i>			Registro: <i>851906</i>		
Idade:	Sexo: <i>M</i>	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:		1º Assistente:		
2º Assistente		3º Assistente	Instrumentador:		
Anestesista:		Tipo de Anestesia:		Hora Início:	Hora término:

Diagnóstico(s) Pós-Operatório	CID

*Até o momento não temos um laudo de exame para informar se o paciente está em ótimo estado de saúde ou não. O paciente foi encaminhado para a UPA de São João do Rio do Peixe no dia 26/05/2016.*

Teste:	HORA: _____ hs	ENFERMEIRO / COREN: _____
Nº:		FONASCIR 031-1

*21/05/16*

*Cleto Severino da Silva*

*03/06/2016*





## Check List Cirurgia Segura – Salva Vidas

CRAZ VERMELHA  
BRASILEIRA

HOSPITAL

### Período Pré-operatório

#### 1.1 Dados de identificação:

Nome: Eduardo Sáceris  
 Idade: 39 Sexo: mas BE: \_\_\_\_\_  
 Data da Visita Pré-Operatória: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Enfermaria: 14 Leito: 04

Alergias: ( ) sim ( ) não ( ) não sabe Quais:

Dor: ( ) presente ( ) ausente Local: no braço D

Sítio cirúrgico-Passado Cirúrgico: mas

Antecedentes Familiares: mas

Checar exames pré-operatório (hemograma, glicemia, SSVV, ECG e risco cirúrgico)

OBS:

Checar documentos: visita pré-cirúrgica , visita pré-anestésica ( ) e Termo de autorização para procedimentos cirúrgicos ( ) OBS:

Utilização de medicamentos: ( ) Sim ( ) Não Especificar:

Tabagismo:  Sim ( ) Não

Orientações:

( ) Retirar prótese e adornos

( ) Jejum informado

( ) Orientação sobre: banho com clorexidina deg 1-2 horas antes da cirurgia mais higiene oral criteriosa, confortar o paciente explicando o procedimento e funcionamento do centro cirúrgico.

( ) Realizar Tricotomia

Enfermeiro/COREN(a) Sra Paula Coren: 169.984

### Período Transoperatório

Procedimento: Ressecção + Fixação do FIM. DE MAMON RUBRO

#### 1.2 Antes da indução anestésica (Identificação)

Identidade  Consentimento informado cirurgia e anestesia

Sítio demarcado  Jejum

Procedimento cirúrgico

Verificação de segurança anestésica concluída/ Avaliação pré-anestésica

➤ O PACIENTE POSSUI:

Via aérea difícil/Risco de aspiração?

( ) Não ( ) Sim e equipamento/Assistência disponíveis

Risco de perda sanguínea > 500 ml. (7ML/KG em crianças)?

Não ( ) Sim, é acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Reserva Hémocomponentes

➤ Checagem equipamentos

Monitorização  Bisturi elétrico(Placa + cabo)  Suporte de oxigênio  Aspirador

Carrinho de anestesia + alarmes+ oxigênio e agentes inalatórios  OPME ( ) Não se aplica

Realização de desinfecção da sala Nº \_\_\_\_\_  Conferir esterilização das embalagens

➤ Acesso venoso

Periférico ( ) ACV

1.3 Antes da incisão cirúrgica (Confirmação – Pausa Cirúrgica)

➤ CONFIRMAR SE A EQUIPE ESTÁ COMPLETA

Cirurgião

Anestesiologista

PROJETO ASCTD 012.1





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSHL

Nome: Vicente Souza de Souza BE/Prontuário: 853285

Idade: 38 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 29 / 07 / 15

Clínica/Setor: CTBMP EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgia: Redução e fixação de fratura da mandíbula

Cirurgião: Dr. Márcio Oliveira 1º Assistente: Dr. Paulo Henrique

2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_

Tipo de Anestesia: Geral Horário: Início 11:10 Término 12:00

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura da parossinapse da mandíbula</u>	<u>502.6</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Osteosíntese de fratura rimpel da mandíbula</u>	<u>04.04.02.055-0</u>

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: DR. PAULO HENRIQUE

00  
00  
00  
00

João Pessoa, 29 / 07 / 15





**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA**  
 Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social  
 Delegacia Geral da Polícia Civil  
 7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA** N.º 3314/2015

**DADOS DO FATO**

Data/Hora de Registro: 01/11/2015 15h36  
 Circunscrição: 7ª Delegacia Distrital De Cabedelo  
 Escala Serviço: PLANTAO EXTRAORDINARIO  
 Tipificação Provisória: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO  
 Data/Hora do Fato:  
 Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC)  
 Local do Fato: Centro Capim PB ZONA URBANA

**VITIMA-COMUNICANTE(1)**

Nome:	CICERO SEVERINO DA SILVA	Nascimento:	23/01/1977	Idade:	35 A 64
Sexo:	MASCULINO	Nacionalidade:	BRASILEIRA	Cor/Raça:	Mamanguape PB
Estado Civil:	SOLTEIRO(A)				NÃO INFORMADA
Nome do Pai:	SEVERINO JOSÉ FÉLIX DA SILVA				
Nome da Mãe:	JOSEFA MARIA DA SILVA				
Rg:	2539458 SEDS PB			CPF:	035.712.184-85
Profissão:					
Endereço Residencial:	R PROJETADA NO. S/Nº Centro Capim PB ZONA URBANA				
Telefone Residencial:					
Endereço Comercial:	ZONA URBANA				
Telefone Comercial:					
Celular:					

**HISTÓRICO**

QUE SEGUNDO AFIRMAÇÕES DO NOTIFICANTE, O referido afirma que, no dia 22/07/2015 às 07:10h, VINHA PILOTANDO UMA MOTO HONDA/CG 150 TITAN K, COR AZUL, ANO 2009/2009, PLACA NPU-0098/PB, DE PROPRIEDADE DA Sr. ANTONIO JOSE DA SILVA, pela RODOVIA PB-045, CAPIM/PB, NA PRÓXIMIDADES DE UM RESTAURANTE NO CENTRO, QUANDO DE REPENTE A MOTO TRAVOU AS ENGENAGENS TRASEIRA E FALTOU FREIO FAZENDO COM QUE O NOTIFICANTE SE DESEQUILIBRASSE E COLIDISSE COM UM MURO NA VIA VINDO A CAIR CONTRA O SOLO, NA OCASIÃO VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA COM TCE E FRATURA NA MANDÍBULA PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADO HUMBERTO LUCENA, CONFORME DOCUMENTO ANEXO, cidade de João Pessoa-PB, motivo pelo qual noticia o fato e solicita a respectiva Certidão e/ou as providências cabíveis.

Vítima/Comunicante: *Cícero Severino Silva*

Elaborado por: VANILDO WANDERLEY LINS FILHO, Policial Civil

*Vanildo*

Ligue 197 - Sua denúncia é importante!

*Vanildo Wanderley Lins Filho*  
 Agente de Investigação-Polícia Civil  
 Matrícula 156.268-1



**JOSEFA MARIA DA SILVA**  
RUA PROLETÁRIA, 14 - CENTRO  
CAPIV/PE CEP: 58287000 (AG: 14)

**Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO**  
Roteiro B - 268 - 805 - 5740 Referência Jul/2015  
Nº medidor: 00000884603 Emissão: 10/07/2015

**ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A**  
B1230 Km25, Cidade Redenção - João Pessoa/PB - CEP 58307-160  
CNPJ 09.056.183/0001-40 Inst. Est 16.015.623-0  
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°000423.129  
Código para Débito Automático: 00011462984

**Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196** [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

**RESERVADO AO FISCO:** 2647.220 fdd0 3e43 419d 7a33 f348 8d0d

**Conta referente a:** **CDC (Código do Consumidor): 5/1145298-4**

**Canal de contato:**  
\*TRABALHO INFANTIL DEIXAR DE ESTUDAR É UM DOS RISCOS\*

**Jul / 2015**

**Apresentação:** 10/07/2015

**Data prevista da próxima leitura:** 12/08/2015

**CPF/ CNPJ/ RANI:** 85064981449

**Faturas em atraso:** 18/06/2015 53,14

Anterior	Atual	Consumo	Dias
11/06/15 6385	10/07/15 6456	67	29

**Consumo Administrativo:**

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	71	0,37956	26,84
Adic. B Vermelha			3,90

**IMPOSTOS E ENCARGOS:**

PIS	0,54
COPFINS	2,51
CONTRIBUICAO PÚBLICA	8,26
JUROS DE MORA 05/2015	0,84
MULTA 05/2015	1,15
ICMS (Base de Cálculo R\$ 45,18   Alíquota 26,00%)	11,28

**Histórico de Consumo (kWh):**

Mês	Consumo (kWh)
Jun/15	89
May/15	90
Apr/15	81
Mar/15	82
Fev/15	70
Jan/15	78
Dez/14	63
Nov/14	68
Out/14	73
Set/14	70
Ago/14	78
JUL/14	79

**VENCIMENTO:** 17/07/2015 **TOTAL A PAGAR:** R\$ 54,01

**Indicadores de Qualidade:** 6/2015 - sape.

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	7,70	0,00
DIC TRIMESTRAL	16,93	0,00
DIC ANUAL	30,85	NOMINAL
FIC MENSAL	3,70	0,00
FIC TRIMESTRAL	7,35	CONTRATADA
FIC ANUAL	14,70	LIMITE INFERIOR
		201 LIMITE INFERIOR

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição de Energia Elétrica	12,18	22,54
Compra de Energia	14,01	27,81
Serviços de Transmissão	1,03	1,89
Encargos Sociais	2,72	5,04
Impostos Diretos e Indiretos	7,88	14,51
Outros Serviços	0,48	0,89
Total	54,01	100,00

**SELLO**

ASEGURADA CIVIL  
(83) 3506.1821 / 8808.6227

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Elcero Sávio da Silveira,

RG nº 2539458, data de expedição 31/03/98, Órgão SSP/PB,

CPF nº 035.112.184-85 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Prof. Kida</u>
Número	<u>34</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Fapim</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58280-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98808-6227</u>
E-mail	<u>pellojudicial.pb@gmail.com</u>

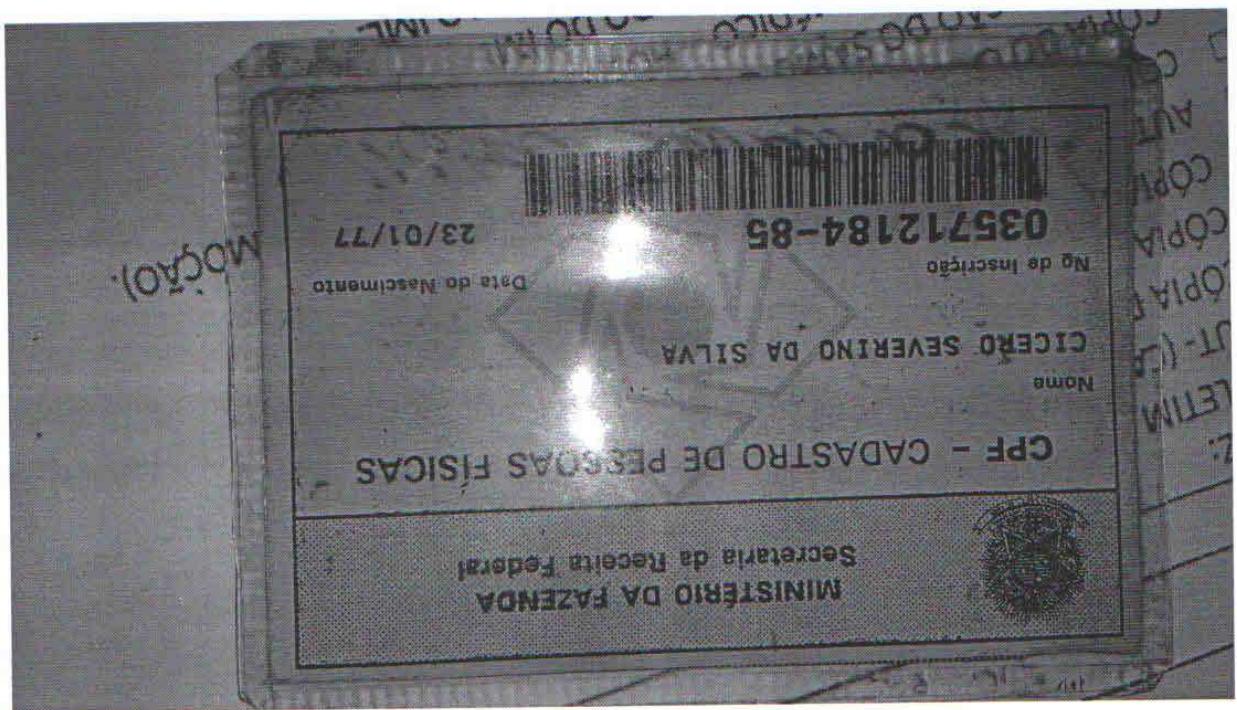
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fapim, 05 de Novembro de 2015

Assinatura do Declarante: Elcero Sávio Silveira

**SELLO**  
já comprovado  
(83) 3506.1821 / 6808.6227





(63) 3566.1821 / 8808.6227

SELLO



Assinado eletronicamente por: ELAINE ALVES SILVA DE SANTANA - 03/06/2016 19:35:41  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16060319313295300000003926442>  
Número do documento: 16060319313295300000003926442

Num. 3984869 - Pág. 1

**DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS**

Eu, Gilciano Soárez da Silva,  
brasileiro(a) portador do RG: 2539458 e  
CPF: 035.712.184-85, DECLARO, nos termos das Leis nº 7.115/1983 e  
1060/50, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não  
dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do  
sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira  
responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente  
declaração para que produza seus efeitos legais.

Rapim, 05 de novembro de 2015

Local e Data

Gilciano Soárez da Silva

DECLARANTE



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antônio José da Silva,  
RG nº 1.272.152, data de expedição 07/05/14,  
Órgão SSESPB, portador do CPF nº 632.221.834-49, com  
domicílio na cidade de Papim, no Estado de  
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Profeta, nº 14,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Cícero Severino da Silva, cujo o condutor era  
Cícero Severino da Silva.

Veículo: metaciklet

Modelo: Honda / CG 150 Titan KS

Ano: 2009

Placa: NPJ - 0098

Chassi:

Data do Acidente: 22.07.2015

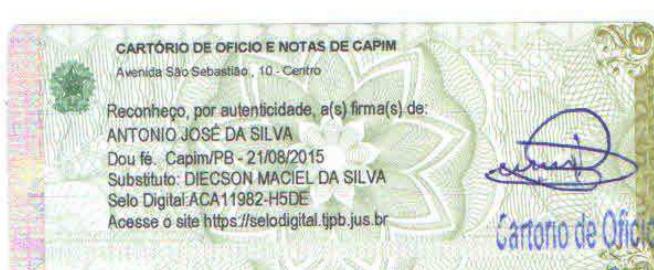
Local e Data: Papim, 21 de agosto de 2015

Antônio José da Silva

Assinatura do Declarante

Cícero Severino da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Titular: Raquel Dutra Melo da Silva  
Substituto: Diecson Maciel da Silva





PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU - 192



Mamanguape, 24 de Setembro de 2015.

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, Cicero Severino da Silva, foi atendido pela USB - Unidade de Suporte Básico de Vida, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 Mamanguape, no dia 22 de Julho de 2015, por volta das 07h10min, vítima de queda de moto. Paciente conduzido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Naiany Cruz de Freitas".  
Naiany Cruz de Freitas  
Coordenadora do SAMU  
Enfermeira-COREN 294134  
Mamanguape

Naiany Cruz de Freitas  
Coordenadora do SAMU 192 Mamanguape

---

BR 101, Km 40, S/N Satélite – Fone 8742-1933/ 9181-4743



