

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)
Mãe JOSEFA MARIA DA SILVA	Religião CATOLICA	Prontuário
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Pai SEVERINO JOSE FELIZ DA SILVA	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 91378607	Responsável (Parentesco) MARIA CELMA DA SILVA - IRMAO(A)
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	DDD Fixo
Local de procedência CAPIM	Nº Cns 704009869482667	Fone Fixo
Email	Naturalidade MAMANGUAPE	Tipo MUNICIPIO
		UF PB
		CBO/R

Endereço

CEP 58287000	Município de residência CAPIM	UF PB	Logradouro 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 CIRURGIAO GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X OBJETO

Indicadores e Transporte

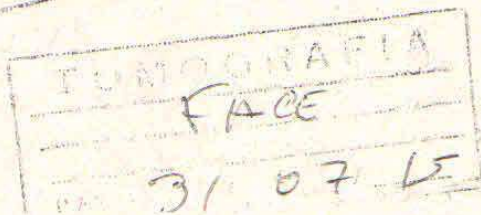
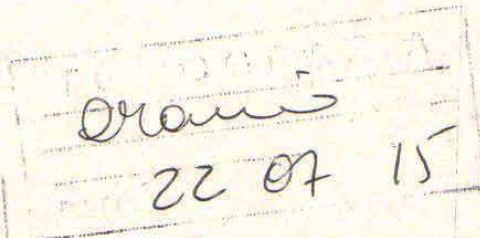
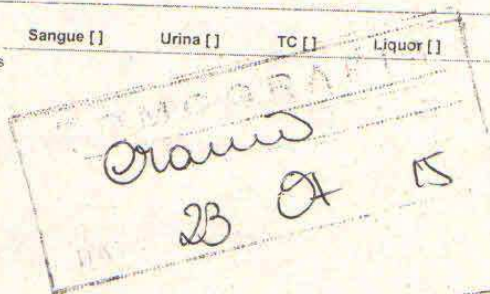
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA 130 x 90 mmHg	Pulso 83	Temperatura 37,9
---------------------	-------------	---------------------

Exames complementares

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



ORTODONTIA

15.10

Pole 2m tran 1/2
Alcun 2m
Cis Ural,

Anel de

Fx Exort 4

4 = QD Direto

- Frenado Puro
Surgente, Boa
manhã de

e Puro +

Fx de coablação 5 MTC(E)

CO ① Depalotine 2g / V Agor

② Telonogomma 250m
Jun Agor

③ Aguardo Liliensar de
dentes Explicados
8/ Realizar Procedimento
de Encaixe de Fio de

NCR
22.07.15

15.13

Per politraumatizacão

ECG: 14/15

Mobilizando 4mm

Egriamox palpebral ①

TC crânio: HEM + PNEUM

Muito pou em porta e
temporal ①

+ Fratura 2.000 e man

Col. Hs conservado
Pragm

DR. THAISE AGRA TAVES
NEUROCIRURGIA
CRM - 5247

André Cristiano da Costa Lima
CRM - 5247

Dr. Carlos



Primeiro Atendimento



3367437 BE.: 853230
CICERO SEVERINO DA SILVA
DT. NASC.: 23/01/1977
MRE: JOSEFA MARIA DA SILVA

END.: JOSE ALVES
N.: 14 - CENTRO
CAPIM
FONE: (
CELULAR: (83) 91878607
IDADE: 38
DT. ENTRADA:

HEETSHL

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

B.E.

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

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente trazido pelo SAMU com história de acidente motorciclístico, com sinais de embriaguez, apresentando edema em região frontal e supraorbital; joelho direito - contusão com supercílio; perda de elemento dentário; edema e dor em dorso de mão esquerda com déficit de movimento de 2°, 4° e 5° quindactilos esquerda; joelho esquerdo - contusão com exposição de falange do 4° quindactilo.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ Pervias ☐ Obstruídas
AÉREAS
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

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

2 - RUÍDOS

HTD	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	HTD	Roncos Sibilos Estertores	HTE	Roncos Sibilos Estertores

FR: _____ imp SaO₂ _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pletórica ☐ Ictérica
TEMPERATURA DA PELE ☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria
PULSO ☒ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
BULHAS ☒ Normatonéticas ☐ Hipofonéticas
☐ Hipofonéticas ☐ Ausente
SOPRO ☐ Presente ☒ Ausente
BE OU B4 ☐ Sim ☒ Não

FC: _____ bpm PA: _____ X mmHg T: _____ °C

ECG: _____

ABDOMEN: indolor à palpação

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ 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
				Nenhuma	1
TOTAL:					

F(NG).CC.001-1

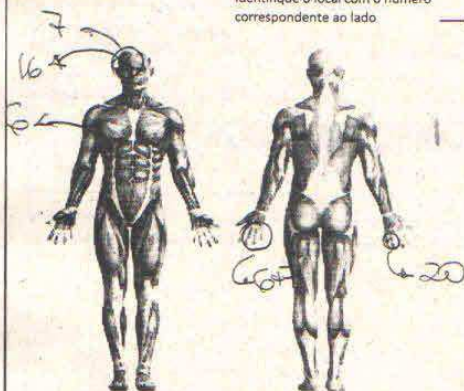


EXAME SECUNDÁRIO

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.:

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 Atendimento		 Mayone Moraes MÉDICA CRM - PB 8456
2 35% Iodome, eu		
3 100mg Amp + 100ml		
4 100mg Amp + 100ml		
5 16 + (124mg) de		
6 O2 p/ cv - 3l/min		
7		
8		
9		
10 bidantal 4amp + 200ml SFO, 9%, IV		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da BME / ORIO às _____ do dia _____
 Solicito parecer da NCR / ORIO às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

() 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 () JIML () SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

F(NG).CC.001-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



3367437 BE: 853230
CICERO SEVERINO DA SILVA
DT. NASC.: 23/01/1977
MAE: JOSEFA MARIA DA SILVA

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PF

NOME DO PACIENTE:

END.: JOSE ALVES
N. 14 - CENTRO
CAPIM
FONE: ()
CELULAR: (03) 91878607
IDADE: 38
DT. ENTRADA:

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☒ Ambulância SAMU ☐ Polícia

TIPO DE ACIDENTE: ☒ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros:

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Mordedura ☐ Objeto encravado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros:

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /

AME FÍSICO PA: / mmHg P: bpm SpO2: Tax:

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado

Avaliação das pupilas: Simetria: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas Tamanho: ☐ Midríase ☐ Miose

Sistema Respiratório: ☐ Ventilação invasiva ☒ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas pervias
☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas
☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: ☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☒ Perfusão tissular satisfatória
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular comprometida
☐ Palidez ☐ Outros:

Sistema Digestório: ☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial
☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda
Outros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: ☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ SVD ☐ Outros:

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias
☐ Internações ☐ Outros: Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Especificar:

HORARIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

VACINIZADO CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Paciente comunitário, vítima de acidente de moto, internado em UTI, com lesões graves, apresentando sinais de choque, sendo realizado suporte vital e monitorização constante. Paciente em estado de choque, com sinais de hipotensão, sendo realizado suporte vital e monitorização constante.

Wellma Carla Gonçalves de Andrade
Enfermeira
COREN-PB 424.651

DESTINO:

ENFERMEIRO:

COREN:

F(NG).ENF.022-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em BDA sob anestesia geral + intubação nasal
- ② Antissepsia intra e extra-oral + exposição dos campos
- ③ Insuflexão com Natocap para obter um eixo de parafusos de mandíbula (E)
- ④ Incisão em vestibular mandibular.

Incisão:

- ⑤ Alargamento mucoperiosteal
- ⑥ Exposição da fratura
- ⑦ Bisturi maxilo mandibular com os parafusos do sistema SC + fus do cor
- ⑧ Redução da fratura

Achados:

- ⑨ Fixação com 01 placa sobre 04 furos do sistema SC + 04 parafusos
- 01 placa sobre 02 furos do sistema SC + 02 parafusos
- ⑩ Remoção dos parafusos de bloqueio
- ⑪ Sutura

Conduta:

- ⑫ Paciente encaminhado à CRFA

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

Dr. Patrício Oliveira - CRO 4400
Cirurgião Bucomaxilofacial
Deutor em CTBMF-FOP/UNICAMP

João Pessoa, 29 / 07 / 25

F(NG).ASCIR.009-1



Check List Cirurgia Segura – Salva Vidas



9 1º Aux. Cirurgia

☒ Instrumentador/Firma

E Tec. RX

➤ **Cirurgião anestesiológico 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 anestesiológico: 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 anestesiológico 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 anatomopatológica

(Acondicionamento, identificação, solicitação)

☒ Materiais para cultura laboratorial

☒ Intercorrência cirúrgica

☒ Intercorrência operacional. Qual? _____

➤ **TRANSFERÊNCIA**

☒ CIRPA () UTI

() Enfermaria () HTOP

() UPO

Enfermeiro/Coren: _____

Wanderson - 267.682





DE ENFERMAGEM TRANSOPERATÓRIA

Técnico de Enfermagem

HEE TSEL

1. Identificação

Nome do Paciente: Cileno Severino da Silva BE/Prontuário: 853230
Idade: 33 anos Sexo: ☒ Masc() Fem Enfermagem: _____ 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 65x8mm FR. 16x8mm SpO2 98% e segue para intercorrências e los cuidados do equipe de Enfermagem

3. Dados Trans-Operatório

Marly Soares Bezerra
Técnico de Enfermagem
COREN - 255869

Cirurgia realizada: TTO Cirúrgico de Redução + Fixação de Fratura de mandíbula
Horário do Início: 11:00 hs Horário do Término: 12:55 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: Pantufilha D.

Utilização de Coxins: ☒ Sim () Não Local: Calvea

Solução usada na assepsia: ☒ PVPI () Clorexidina () Outros: _____

Sondas/drenos/cânulas:

() SNG () SNE () SVA () SVD () Penrose látex/Silicone () Sucção () Tórax

Ostomias: () Traqueal () Cística () Abdominal

Extraído Projéteis de Arma de Fogo: () Sim ☒ Não

Peça para Estudo Histopatológico: () Sim ☒ Não

F(NG).ASCIR.016-1





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>Cícero 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:	

Diagnostico(s) Pós-Operatório	CID
-------------------------------	-----

*Admitido em UPPA em 02.11.2016
exame de Encefalograma + Redução
de fratura consolida e 26h mantido
infusão. Monitorização dos Apgar 7/26/5*

Assinatura: _____ Hora: _____ hs ENFERMEIRO / COREN _____
FONCLASCI-1

21/11/16

Cícero Severino da Silva

825820





Check List Cirurgia Segura – Salva Vidas

FEETSHI

Período Pré-operatório

1.1 Dados de identificação:

Nome: Cícero Sereiro
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: nao

Antecedentes Familiares: nao

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

OBS: _____
Checkar 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) Dora Paula Coren: 169.984

Período Transoperatório

Procedimento: PROLAP + FIXAÇÃO DE FIMB. DE HANDBRUCH

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, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

(☒) Reserva Hemocomponentes

➤ Checagem equipamentos

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

☒ Carro 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

PROLAP + FIMB. DE HANDBRUCH





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Vitoriano Severino de Sousa BE/Prontuário: 853280
Idade: 38 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 29 / 07 / 15
Clínica/Setor: CTDHF EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Redução e fixação de fratura de mandíbula
Cirurgião: Dr. Paulo Gexmano 1º Assistente: Dr. Paulo Gexmano
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Geral Horário: Início 11 : 10 Término 13 : 00

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de parassinuso @ de mandíbula</u>	<u>802.6</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Osteotomia de fratura simples de 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: _____

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(I)

Nome: CICERO SEVERINO DA SILVA
Sexo: MASCULINO
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Nome do Pai: SEVERINO JOSÉ FÉLIX DA SILVA
Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA
Rg: 2539458 SEDS PB
CPF: 035.712.184-85
Idade: 35 A 64
Naturalidade: Mamanguape PB
Cor/Raça: NÃO INFORMADA
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 K1 COR AZUL, ANO 2009/2009, PLACA NPU-0098/PB, DE PROPRIEDADE DA Sr. ANTONIO JOSE DA SILVA, pela RODOVIA PB-045, CAPIM/PB, NA PROXIMIDADES DE UM RESTAURANTE NO CENTRO, QUANDO DE REPENTE A MOTO TRAVOU AS ENGENHAGENS 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, VITIMA 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: *Cicero Severino Silva*

Elaborado por: VANILDO WANDERLEY LINS FILHO, Policial Civil

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

Ligue 197 - Sua denúncia é importante!



JOSEFA MARIA DA SILVA
RUA PROJETADA, 14 - CENTRO
CAPIM/PB CEP 58287000 (AG 14)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: B-258-805-6740
Número do medidor: 00000004603

Referência: Jul/2015
Emissão: 10/07/2015

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Bic 30, Km 25 - Cistão Redentor - João Pessoa/PB - CEP 53071-580
CNPJ 09.056.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000423 129
Código para Débito Automático: 00011452984

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

RESERVADO AO FISCAL

2647 2210 1dd0 3e43 419d 7aaa f340 8dd0

Conta referente a

CDC (Código do Consumidor): 5/1145298-4

Jul/2015

Canal de contato

TRABALHO INFANTIL DEIXAR DE ESTUDAR E UM CÔS
RISCOS

Apresentação

10/07/2015

Data prevista da
próxima leitura

12/08/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

88064981449

Faturas em atraso

18/06/2015 53,14

Anterior	Atual	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura
11/06/15	6385	10/07/15	6456

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	71	0,37856	26,84
Adic. B. Vermelha			3,90

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS	0,54
COFINS	2,51
CONTRIB. ILUM. PÚBLICA	8,26
JUROS DE MORA 05/2015	0,94
MULTA 05/2015	1,15
ICMS (Base de Cálculo R\$ 45,18 Alíquota 25,00%)	11,28

Histórico de Consumo (kWh)

Jun/15	89
Mai/15	90
Abr/15	81
Mar/15	92
Fev/15	70
Jan/15	78
Dez/14	83
Nov/14	88
Out/14	73
Set/14	70
Ago/14	78
Jul/14	79

Média dos últimos meses
75 kWh

VENCIMENTO

17/07/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 54,01

Indicadores de Qualidade

6/2015 - Sape

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	7,70	0,00	
DIC TRIMESTRAL	15,33		
DIC ANUAL	30,66		
FIC MENSAL	3,70	0,00	
FIC TRIMESTRAL	7,35		
FIC ANUAL	14,70		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	12,18	22,54
Compra de Energia	14,91	27,61
Serviço de Transmissão	1,03	1,91
Encargos Setoriais	2,72	5,04
Impostos Diretos e Encargos	22,88	42,31
Custos Serviços	0,48	0,89
Total	54,01	100,00

SELLO

ASSINATURA PRIVADA
(83) 3506.1821 / 3808.6227



Assinado eletronicamente por: ELAINE ALVES SILVA DE SANTANA - 03/06/2016 19:35:38

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16060319311778600000003926440

Número do documento: 16060319311778600000003926440

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ricardo Severino da Silva

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

CPF nº 035.12.184-85 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Profética</u>
Número	<u>14</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Capim</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58287-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98808-6227</u>
E-mail	<u>pelofudicial.pb@gmail.com</u>

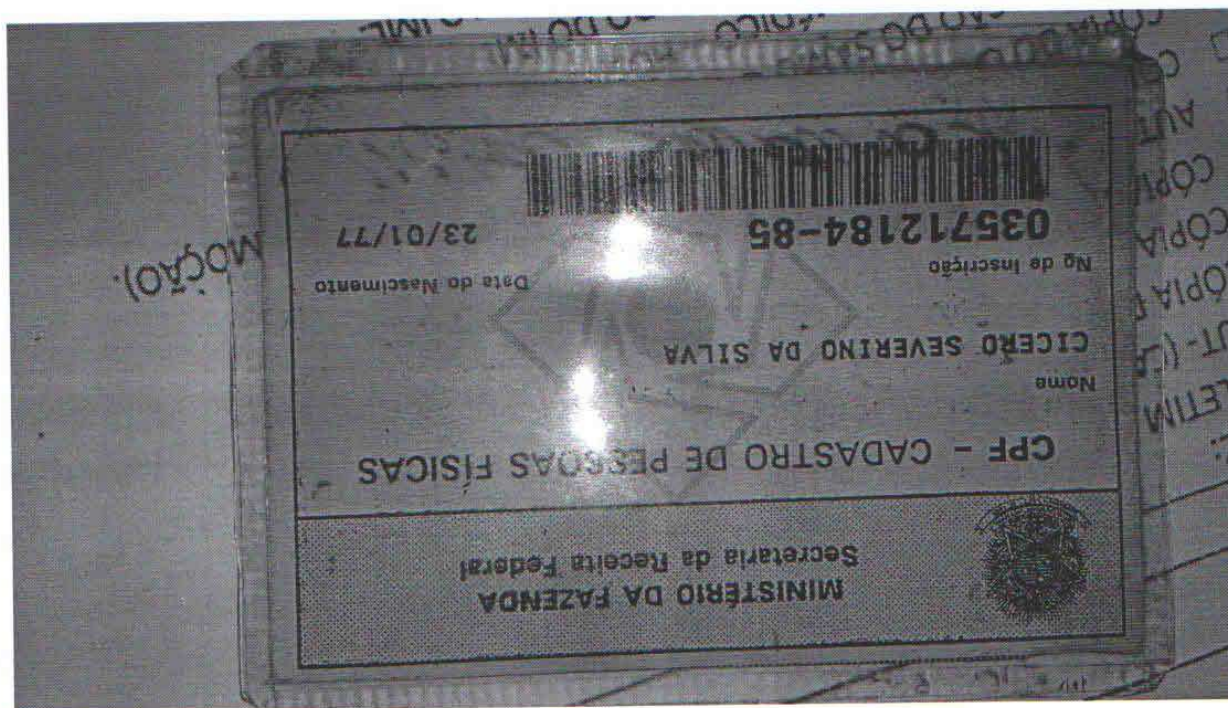
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Capim, 05 de Novembro de 2015

Assinatura do Declarante: Ricardo Severino Silva

SELLO
ASSINADO ELETRONICAMENTE
(83) 3506.1821 / 6808.6227





SELO
CÓPIA DPAI
(83) 3506.1821 / 8808.6227



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, Piccoo Severina da Silva
_____, brasileiro(a) portador do RG: 2539458 e
CPF: 035.112.184-85, 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.

Papim, 05 de Novembro de 2015

Local e Data

Piccoo Severina Silva

DECLARANTE



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antônio José da Silva,
RG nº 1.272.152, data de expedição 07/05/14,
Órgão SSDPB, portador do CPF nº 632.221.834-49, com
domicílio na cidade de Capim, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Profética, nº 14,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado 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: motocicleta
Modelo: Honda / CG 150 Titan KS
Ano: 2009
Placa: NPJ - 0098
Chassi: _____
Data do Acidente: 22.07.2015
Local e Data: Capim, 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)



Cartório de Ofício e Notas de Capim
CNPJ: 06.961-7
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,


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



