

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e do art. 98, da Lei 11.103/15.

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

_____/_____/____/

Francisco Assis Fidelis de Oliveira



SINISTRO 3180260330 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ENILDO VITORINO NEPOMUCENO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência
S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO ENILDO VITORINO NEPOMUCENO

CPF/CNPJ: 67550568472

Posição em 04-07-2018 17:42:36

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta
indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
18/06/2018	R\$ 2.700,00	R\$ 0,00	R\$ 2.700,00



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 01021.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01021.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:44 horas do dia 28 de maio de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Enílido Vitorino Nepomuceno**, CPF nº 675.505.684-72, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Militar, filho(a) de Maria Elza Soares Vitorino Nepomuceno e Edson Vitorino Nepomuceno, natural de Cabedelo/PB, nascido(a) em 05/11/1968 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Cabo-polícia Militar Jonílido Marinho Ferreira, Nº 420, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Mercadinho Assis, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98636-7119.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Av Josefa Taveira, Esquina Chapéu de Couro, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/02/18 12:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante no dia 26/02/2018, por volta das 12:10 horas, quando transitava na AV. Josefa Taveira em Mangabeira I, nesta Capital PB; QUE, segundo o notificante conduzia o veículo: tipo: motocicleta, marca e modelo: HONDA CG125 FAN KS de cor preta, placa: NQI 3914/PB, Chassi nº 9C2JC4110BR758891, registrado em nome de Delcia Rocha Santana Vitorino, CPF nº 054.217.184-84; QUE segundo o notificante vinha transitando na rua acima citado, normalmente, quando um veículo gol, que era conduzida por um homem, não sabendo identificar o mesmo entrou de vez na Josefa Taveira e colidiu com o veículo do notificante; QUE segundo o notificante na ocasião vinha de carona a pessoa de Delcia Rocha Santana Vitorino que graças a Deus nada sofreu, mas que o condutor veio a cair e se lesionar conforme CERTIDÃO Nº 0682/2018, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 09.05.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, espeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 28 de maio de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


ENÍLIDO VITORINO NEPOMUCENO
Noticiante



PREFECTURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 106189 Atd: Nao Regula
Data: 26/02/2018
Hora: 12:44:49
Recepionista: ANA CLAUDIA XAVIER SA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 7

Nome: ENILDO VITORINO NEPOMUCENO Num. Proctuario: 2017.03.000637

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1625978 Fone: 8386367119

Natural: CABEDELO/PB Data Nasc.: 05/11/1968 Id: 49 ano(s)

End.: RUA PASTOR JOSE ALVES DE OLIVEIRA, 553

Bairro: CENTRO Cidade: CABEDELO UF: PB

Mae: MARIA ELZA SOARES VITORINO NEPOMUCENO Pai: EDSON VITORINO NEPOMUCENO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MILITAR Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: SUPERIOR COMPLETO

Resp.: ESPOSA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Pedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO COM MOTO EM MANGABEIRA

Vitima de violencia por: PX AO CHAFED DE COURO CONDUTOR MOTO

Casa Policial

PRE-CONSULTA

TIpo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	PR:	<input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	INC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
<input type="checkbox"/> Vomito			

Quixa Principal

Observacao

TEMA NO PE DEVIDO QUEDA DE MOTO NEGA VOMITO E
DESMALO

História Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente com sintomas de ac. de mto,
ex. quadro de dor e fracoamento ex. Doloroso
Rx para evolucao de paciente. Cx. Vici de
Diagnostico 1º e 3º PDD. | Conduta

1º: Ac. Bloco

Prescricao

2º PDD
Rx para evolucao de paciente. Cx. Vici de
Diagnostico 1º e 3º PDD. | Conduta



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Reservado p/ liberacao

Assistente da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI *
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVD IMI

2011

assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Caramba do Medico





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		PROFISSÃO/Nº		
SEXO	DATA	SEXO	DATA	PROFISSÃO/Nº
DATA DE ADMISSÃO	DATA DE ALTA	PERÍODO DE PERMANÊNCIA		
26/02/18	27/02/18			

DIAGNÓSTICO FÍSICAL	CÓDIGO
EX	
EX: Fratura da Base do 2º e 3º mrt	①
OUTROS EXAMENOS/TESTES	

PRINCIPAIS EXAMES

PROCEDIMENTO REALIZADO	Realizado limpeza mecânico cirúrgica + Sutura do abrimento
------------------------	---

ANAMÊSIS/EXAME CLÍNICO

INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
---------------	------------------------------	------------------------------	--------------------	------------------------------	------------------------------

RESULTADO BACTERIOLOGIA

PROGNÓSTICO DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO
---------------------	-----------	----------	----------	--------	-------

RESUMO CLÍNICO	ANAMÊSIS / EXAME CLÍNICO / EXAMES / PROCEDIMENTOS / COMPLICAÇÕES
História de acidente com fratura de reto em ① Líbano com fratura dia 26/02 e 3º mrt ①	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias.
----------	----------------------------------

Retorna às atividades com esforço físico em _____ dias.

Retorna às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se houver dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, deve ocorrer

abre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Cetalex na + Álcool + Analgésico

RETORNO	Ao posto de saúde em _____	para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do Dr. Fidélis _____	em 30 dias para revisão.

DATA	28/02/18	Dr. Aurelio de Sa Pinho CRM - 174460 AES - MUNICIPAL - CRM
------	----------	--

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.		
--	--	--





CERTIDÃO

Nº. 0682/2018

Atendendo solicitação de **ENILDO VITORINO NEPOMUCENO** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tancreto Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº106189 e Prontuário de Nº 2017.03.000637 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 26/02/2018 às 12h44min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em dedos do pé direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de base de 2º e 3º pododáctilo do pé direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 26/02/2018 com alta médica dia 28/02/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 09 de maio de 2018

Rossana de Fátima de A. Barbosa
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB - 3533


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Edílio Vitorino Neves Data da Admissão: 26/02/18
Prontuário: _____ Idade: 49 Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F() M() Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 7/1

QPD: Dores no pé direito aqüela da noite.
HDA: Percebeu inchaço na mitade da quente de mês apanhado.
Florido no pé D + dor e fadiga de sono apanhado.
PD.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Afta [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Ictericia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectorção [] Hemoptise [] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Soluço [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

ÁGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematuria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidex pós-reposo [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____ [] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

 HAS IDM JTB JHEP Dislipidemia Banho de Rio Casa de Taipa JHTF Trauma _____ Neo _____ Tabagismo _____ Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

▼

Exame Físico:

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

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Rx: lesão fraturada abdome**22/3/2018*Hipóteses Diagnósticas: *Fx. lesão abdome de 2x3cm*Conduta: *Rx: bloco para Rx e encaminhamento para cirurgia**22/3/2018
Dr. J. R. D. W. G.
Ortopedia e Traumatologia*



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Euclides Vitorino Mendes</i>				Registro:	
Idade: <i>69</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>Branca</i>	Clinica: <i></i>	EMP: <i></i>	LR: <i></i>
Data: <i>20/07/16</i>	Cirurgião: <i>Dr. Vitorino</i>			1º Assistente: <i>Flávio RL</i>	
2º Assistente: <i></i>	3º Assistente: <i></i>			Instrumentador: <i></i>	
Anestesista: <i>Dr.</i>	Tipo Anestesia: <i>Loco</i>			Horário: <i>11:00</i>	T: <i></i>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Trat. repto de Boa de 2x3000</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>Ótimo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>Limpeza eletrocautéria</i>					
<i>Sutura</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 (<input type="checkbox"/>) Sim	Descreva:		
		2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não			
Biópsia de Congelação:		1 (<input type="checkbox"/>) Sim			
		2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente era DSA int. anest.
- ② Anemia + anfibrinogênia
- ③ Soproto de tempo extenso

Incisão:

Achados: ④ Fratura de base de 2º e 3º metatarso D

Conduta:

- ⑤ Lavagem com água limpa irracional de fratura exposta de 2º e 3º metatarso D com sol fisiológico a 0,9%
- ⑥ Sutura de frada exposta.
- ⑦ Curativo com gaze estéril
- ⑧ Fita

Fechamento:

OBS: - Foi feito procedimento intenso para antibacterianização por 48h.

Data: 26/02/18

MÉDICO/CRM

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





DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento pode ser pago via site ou conta.

Horário para envio (pagamento da conta): 07h00 da manhã a 22h00 da noite. N.º 009.127.003



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
RJ 233, Km 29 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 50137-140
CNPJ 02.223.143/0001-42 - Inscrição: 10.215.225-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS NEVES MARINHO DIAS
RUA CASO EM JONILDO MARINHO SIN Q 32 L 30
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/719247-9

REFERÊNCIA

MAI/2018

APRESENTAÇÃO

09/05/2018

CONSUMO

254

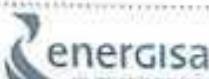
VENCIMENTO

16/05/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 189,96

Acesse: www.energisa.com.br



MARIA DAS NEVES MARINHO DIAS

Relatório: 03-005-332-0379

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/05/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
16/05/2018	R\$ 189,96	719247-2018-05-0

(83) 99100-5607
(83) 99833-5088



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 17/05/2019 18:25:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051718253896000000020680805>
Número do documento: 19051718253896000000020680805

Num. 21275757 - Pág. 13



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

ENILDO VITORINO NEPOMUCENO, brasileiro, portador do RG nº 1625978 SSDS/PB e CPF nº 006.755.056-12, residente e domiciliado em Rua Cabo-polícia Militar Jonildo Marinho Ferreira, 420, Mangabeira, João Pessoa-PB, CEP 58059-230

OUTORGADO:

FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO, brasileiro, casado, advogado, OAB/PB 14.839, estabelecido à Rua Rodrigues de Aquino, 230, Centro, João Pessoa - PB.

PODERES:

A quem confere poderes com a cláusula *ad judicia* para, como seus advogados, representar o outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extrajudicialmente.

PODERES ESPECÍFICOS:

A presente procuração confere aos outorgados poderes para, em nome do outorgante, confessar, negociar e transigir (art. 334, CPC), desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, requerer justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência (art. 105, CPC).

CONTRATO:

Concomitantemente com os poderes acima outorgados, o Outorgante aceita pagar aos advogados contratados honorários correspondentes a 30% (trinta por cento) do proveito econômico auferido pelo autor da ação (ou por composição amigável) apuradas em procedimento de execução, com as devidas atualizações até final pagamento, facultado aos advogados contratados requerer nos autos, que lhes sejam pagos diretamente os honorários a que lhe faz jus, por dedução da quantia a ser recebida pelo Constituinte, ora Contratante (art. 4º, Lei nº 8.906/94). Fornecimento de documentos e informações necessários ao bom e rápido andamento da ação, por conta do outorgante. As partes contratantes elegem o foro da cidade de João Pessoa - PB, para dirimir qualquer ação oriunda deste contrato.

João Pessoa, _____ de _____ de 20____.

OUTORGANTE

Paraíba
João Pessoa
Rua Rodrigues de Aquino, 55
Centro, CEP 58.013-030
Tel.: (83) 3566.3006

fidelis@fidelisadv.com

Maranhão
São Luís
Av. Colares Moreira, Nº 444, Sala 208-A
Renascença II, CEP 65.075-441
Tel.: (98) 3082.7466

1/1

