

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.

_____ / ____ / ____





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 Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Enildo 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-policia Militar Jonildo 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) Fatos:

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, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 28 de maio de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


ENILDO VITORINO NEPOMUCENO
Notificante

Procedimento Policial: 01021.01.2018.1.00.420



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA Ficha Nr: 106189 Atd: Nao Regular
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY Data: 26/02/2018
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 12:44:49
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980 Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SA
FAX: () - CNPJ: Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ENILDO VITORINO NEPOMUCENO Num. de vezes atendido: 7
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1625978 Fone: 8386367119 Num. Prontuario: 2017.03.000637
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
Ocupacao: MILITAR Estado Civil: CASADO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: SUPERIOR COMPLETO
Resp.: ESPOSA
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
P. Residencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO COM MOTO EM MANGABEIRA
Vitima de violencia por: PX AO CHAPEU DE COURO CONDUTOR MOTO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA:	FR:	[X] Aparentemente Bem	[] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Disipneia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular	[] Chocado
		[] Vomito	

Queixa Principal

TECA NO PE DEVIDO QUEDA DE MOTO NEGA VOMITO E
DESMALO

Historia Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Paciente bem orientado de ac. de est.,
com quadro de dor e febre por D. de
RX com evidencia de fratura da base da*

Diagnostico D. 2 3LPDD.

Conduta

CD. Ao Bloco

Prescricao

Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Desistencia	<input type="checkbox"/> UTI	*
<input type="checkbox"/> Alta a pedido	<input type="checkbox"/> Enfermaria	Obito: <input type="checkbox"/> Atestado	<input type="checkbox"/> SVO	<input type="checkbox"/> IML

24

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Erinaldo Vilarino</u>				PROFISSIONAL Nº	
IDADE	SEXO	RACIA	CLÍNICA	END.	CID
DATA DE ADMISSÃO: <u>26/02/18</u>	DATA DE ALTA: <u>28/02/18</u>			TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>FX</u>				CID	
OUTROS DIAGNÓSTICOS: <u>T. ruptura da Base do 2.º e 3.º MTT ①</u>					
PRINCIPAIS EXAMES					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Realizado limpeza mecânica Cirúrgica + Sutura do ferimento</u>					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	
RESULTADO BACTERIOLÓGICO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
EVOLUÇÃO DE ALTA		<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO
		<input type="checkbox"/> ÓBITO			

RESUMO CLÍNICO HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES

História de acidente com ferimento de arma de fogo ①. Ferimento com tração, tipo com FX do 2.º e 3.º MTT ①

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: _____

REPOUSO: Retorno em casa por _____ dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a ferida com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Cefalexina + Anal + Analgesico

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do Dr. Tiburcio em _____ dias para revisão 07 dias

28/02/18 DATA

Dr. Avelino de Sá Pinheiro
Assinado: 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 Tarcísio 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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 09 de maio de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:	Gustavo Vitorino Nogueira			Data da Admissão:	26/02/18
Prontuário:	Idade:	44	Enfermaria:	Leito:	
Nome da Mãe:					
Endereço:				Bairro:	
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:		
Sexo: F () M ()	Cor:	Estado Civil:	Religião:		
Escolaridade:				Data de Nascimento:	1/1
QPD:	Doença por Doença aguda de início.				
HDA:	Paciente internado no Hospital de Doença aguda de início.				
Fluenciado em 10 + 10 e 10 + 10 de imunização de					
10 + 10.					
Medicações em uso:					
Interrogatório Sintomatológico:					
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso ____ Kg em ____ [] Prurido [] Sudorese					
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros:					
Pele:					
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe					
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: ____ Visão: ____					
AR e ACV: [] Dor ____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise					
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema ____ Outros: ____					
ABD: [] Dor ____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematemese [] Náuseas					
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume					
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria					
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: ____					
SME: [] Dor ____ [] Rigidez pós-reposo [] Deformidades					
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos					
SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade					
[] Amnésia [] Libido [] Humor					

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] JHEP [] Dislipidemia [] Banho de Rios [] Casa de Taipa [] HTF

[] 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 crânio frontal e lateral de 2° e 3° VDD

Hipóteses Diagnósticas:

Fr. exposta da base de 2° e 3° VDD

Conduta:

do bloqueio da craniotomia Fr. exposta

*Dr. João Batista F. F. Filho
CRM 123456789
2019-05-18*

D. João F.

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- (1) Paciente em D.A. 12h anestesia
- (2) Anestesia + antibioticoprofilaxia
- (3) Preparo do campo cirúrgico

Incisão:

Achados: (4) Fratura do braço de 2' e 3" metatarsos D

Conduta:

- (5) Lavagem minuciosa linfática reativa da ferida operatória de 2' e 3" metatarsos D. com sol fisiológico a 0,9%
- (6) Sutura de fundo operatória.
- (7) Fechamento cutâneo com gaze aderente
- (8) Tala

Fechamento:

OBS:

Paciente permanecer internado para antibioticoprofilaxia por 48h.

Data:

26/02/13

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 não é segunda via de conta

Para mais informações sobre este documento de cobrança, consulte: Nº 008.827.003



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 133, km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-600
CNPJ 08.025.143/0001-42 Insc. Est. 18.019.825-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS NEVES MARINHO DIAS
RUA CARO FM JONILDO MARINHO SN Q 32 L 30
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/719247-9

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2018	09/05/2018	254	16/05/2018	R\$ 189,96

Acesse: www.energisa.com.br



MARIA DAS NEVES MARINHO DIAS

Retiro: 83-805-332-0979

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



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

