



 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			<b>Número do boleto:</b> 200.8.19.07978/01
			<b>Data de emissão:</b> 28/03/2019
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Joao Pessoa	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 31/03/2019
<b>Número da guia:</b> 200.2019.607978 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias			<b>UFR vigente:</b> R\$ 49,54
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 990,80 - Taxa Judiciária: R\$ 151,87 - Despesas processuais postais: R\$ 13,01 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.157,03
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866000000111 570309283184 520190331204 081907978019 			<b>Valor final:</b> R\$ 1.157,03

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			<b>Número do boleto:</b> 200.8.19.07978/01
			<b>Data de emissão:</b> 28/03/2019
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Joao Pessoa	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 31/03/2019
<b>Número da guia:</b> 200.2019.607978 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>UFR vigente:</b> R\$ 49,54
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 990,80 - Taxa Judiciária: R\$ 151,87 - Despesas processuais postais: R\$ 13,01 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.157,03
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866000000111 570309283184 520190331204 081907978019 			<b>Valor final:</b> R\$ 1.157,03

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			<b>Número do boleto:</b> 200.8.19.07978/01
			<b>Data de emissão:</b> 28/03/2019
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Joao Pessoa	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 31/03/2019
<b>Número da guia:</b> 200.2019.607978 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>UFR vigente:</b> R\$ 49,54
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 990,80 - Taxa Judiciária: R\$ 151,87 - Despesas processuais postais: R\$ 13,01 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.157,03
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866000000111 570309283184 520190331204 081907978019 			<b>Valor final:</b> R\$ 1.157,03





Poder Judiciário do Estado da Paraíba  
Tribunal de Justiça  
Sistema de Custas Online

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 200.2019.607978

**Data Vencimento:** 31/03/2019

**Data Emissão:** 28/03/2019

**Comarca:** Joao Pessoa

**Classe:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

**Promovente:** GILIARD LIMA SANTOS

**Promovido:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Valor da Causa:** R\$ 10.125,00

**Despesas Processuais:** R\$ 13,01

**Custas:** R\$ 990,80

**Taxa:** R\$ 151,87

**Total da Guia:** R\$ 1.155,68

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

---

Servidor

**APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.**



Paciente: GILIARD LIMA SANTOS

TRM T12

18/11/2017

Prescrição Médica

Dieta laxativa

SF0,9% 2000 mL, ev 24h.

Diploona 1g - AD EV 6/6h

Omeprazol 40mg 1 amp - abid 10 mL IV ao dia.

Nauseadon 8mg - AD EV 8/8h SE NECESSÁRIO

Clopidrel 25 mg VO ao dia maior igual a 180 x 110 mmHg.

Tramadol 100mg + SF0,9% 100mL IV 8/8h p.n

Cetorolone 100mg + SF0,9% 200mL IV 12/12h

PA P TAX

Clexane 40mg SC 1x/12h

Antiemetico loral e loral 22h.

ASA E

AGUARDA PROCEDIMENTO

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

Daniel Dean  
Neurocirurgia  
CRM 6602

COMPREV  
21 MAR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

18 10:00 PA: 110x80  
21 T: 37°C

18/11/17 20h

PA 120x80

Paciente consciente, orientado  
sem queixas atuais  
momento.

Lucia B. B. Almeida, Cirurgiã  
Téc. em Enfermagem  
COREN-PA 001225261

Paciente consciente, orientado, decubito  
supino, dieta, (jejum), (jejum) queixa-se  
de dor no abdômen, medicação con-  
forme prescrição, feito exame físico  
sem alterações de enfermagem

Maria S. L. Guimarães  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PA 001225261

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
21 MAR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Paciente: GILIARD LIMA SANTOS

TRM T12

19/11/2017

Prescrição Médica

Dietary Involvement

SF0.0% 2000 mL, 0V 24h.

Diploids 1g • AD EV 4/6h

Omeprazol 40mg 1 amp + abd 10 mL IV 80 dia.

Nursedron Drug • AD EV HEN SE NECESSARIO

Captopril 25 mg VO tid twice before meals in 150 x 110 mmHg.

Triampadol 100mg + SFO.9% 100mL IV B/BH 5 n

Cefprozil 100mg+SF0.9% 200mL IV 12/12h<sub>q</sub>

PAFTAX

Chlorane 40mg SC TID/ID

Alimento decubito lateral e dorsal 2/23h

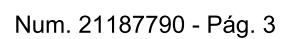
Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Ferreira

ASIA E

AGYARDA PROCEEDIMENTO

Daniel Dean  
Neurocirurgia  
CRM 6602

AG. JOAO PESSOA  
PROTOCOLO  
23 MAR 2018  
COMPRESSORES E FILTROS



30.11.2017

12:45

PA: 120x90 mm

T: 37°C

P: 80 bpm

R: 20

Paciente consciente, orientado.  
batimento de eixo. até o momento sem  
queixas. indicado para alta médica e  
fazer com cuidados de enfermeira.

T: 37°C

Jack Ferreira Lima

Técnico de Enfermagem

COREN 820035

30.11.2017

20:45

PA: 130x80 mm

Jack Ferreira Lima

Técnico de Enfermagem

COREN 820035



GILIARD LIMA SANTOS

TRM T12

## Prescrição Médica

Dobrá Jarkovna

SF<sub>6</sub> 9% 2000 mL ev 24h,

Dipodomys 1g + AD.EV.6/6n

Cefepime 400mg + amp + abd 10 mL IV do dia.

MAUZEDEON 5mg + AD EV BAH SE NECESSÁRIO

Captopril 25 mg VO 1-2 po tidet, igual a 180 x 110 mmHg.

Tetracycline 100mg + SFO 9% 100mL IV B/BH/en

Coloprocera 100mg+St-O, 9% 200ml, IV 12/12h,

PAP TAX 1

Clozapine 400 mg SC 1x/day

Altezza decalibro laterale e dorsale 2/25

ASIA E

AGYARDA PROCEDIMIENTO

Equipo de Neurocirugía do Hospital de Emergência e Trauma Don Luiz Gonzaga Fernandes

AGUAYO PESSOA  
PROTÓCOLO  
20 MAR. 2018  
COMISSÃO DE SEGURANÇA

20-11  
08:00  
PA-12270  
T-36C

Warmly



GILIARD LIMA SANTOS

TRM T12

## Prescrição Médica

Dieta laxativa

SF 0.9% 2000 ml. @ 24h.

Diphtheria Ig + AD EV 6/9/00

Osteopriazol 40mg + amp + abd 10 ml.

Nauseation 8mg + AD EV 8th SE NECESSARIO

Captopril 25 mg VO se pu minor igual a 150 x 110 mmHg

Trainmedel 100mg + Sfö, 9% 100mL IV BUBI 5 m

Catagrofeno 100mg + SFO 5% 200mL IV 12/12h.

PA P THX

Cloxane 40mg SC 1x/dia

Alternans decubitus lateral e dorsal 27/28

ASIA E

AGYARDA PROCEEDIMENTO

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

COMPRENSIVOS E FIDUCIARI  
31 MAR 2018  
AG. JOAO PESSOA  
PROTOCOLO

Dr. Haras Wajeg  
S. 1033  
24 NOV. 2017  
C  
11





*Oliver Lima*

	SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CAMPINA GRANDE - PARAIBA
---	---

PACIENTE:	GILLIARD LIMA SANTOS
DATA DO EXAME:	15/11/2017

### ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

#### METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

#### ANÁLISE:

Moderada quantidade de líquido livre intra-cavitário. Na dependência de condições hemodinâmicas favoráveis, a tomografia computadorizada poderá avaliar melhor possíveis lesões viscerais.

Não identificamos sinais de derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins ou bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e viscerais ocultas.

  
Dr. Diogo Araújo de Freitas  
Médico Radiologista  
CRM-PB: 7195



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

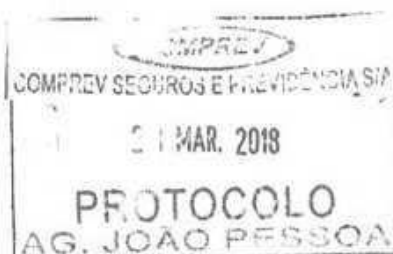
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Geiaudi Lima Santos Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 7-2 Setor Atual: Neuro

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: \_\_\_\_\_ °C; P: \_\_\_\_\_ bpm; FR: \_\_\_\_\_ irpm; PA: \_\_\_\_\_ mmHg; FC: \_\_\_\_\_ bpm; SPO2: \_\_\_\_\_ %  
HGT: \_\_\_\_\_ mg/dl; Peso: \_\_\_\_\_ Kg; Altura: \_\_\_\_\_ cm Dor: ( ) Local: \_\_\_\_\_ Obs.: \_\_\_\_\_

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ( ☒ ) Consciente ( ☒ ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ( ☒ ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midríaticas

Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ) Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ( ☒ ) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº \_\_\_\_\_ Comissura labial nº \_\_\_\_\_ FIO2 % PEEP cmH2O

( ☒ ) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( ) D ( ) E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva Expectorção: ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: \_\_\_\_\_ Dreno de tórax: ( ) D ( ) E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH \_\_\_\_\_ PCO2 \_\_\_\_\_ PO2 \_\_\_\_\_ HCO3 \_\_\_\_\_ EB \_\_\_\_\_ SpO2 \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

PERCEÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar Observação:

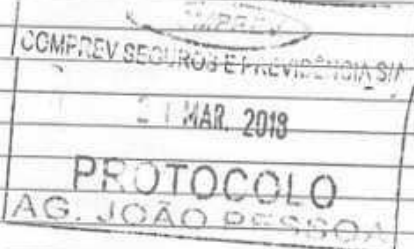
SEGURANÇA FÍSICA

( ☒ ) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ( ☒ ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Chelo.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) $\leq 3$ segundos; ( ) $> 3$ segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais? <span style="float: right;">Precordialgia ( )</span>	
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MSE 15-20 Data da punção 18/11/17	
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há _____ dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: ( ) Outros: _____ Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Inteira ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado	
Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____	
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo ( ) Medo;	
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<i>Paciente evolui sem intercorrências</i>	
FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO Enfermeiro COREN-PB 506357	
 21 MAR. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: 20/11/17 HORA: 13:00 h	

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gilberto Lima Santos Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 7-1 Setor Atual: Urgência

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: \_\_\_\_\_ °C; P: \_\_\_\_\_ bpm; FR: 20 irpm; PA: 10/80 mmHg; FC: 88 bpm; SPO2: 97 %  
HGT: \_\_\_\_\_ mg/dl; Peso: \_\_\_\_\_ Kg; Altura: \_\_\_\_\_ cm Dor: ( ) Local: \_\_\_\_\_ Obs.: TRM

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (✓) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (✓) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midríaticas

Mobilidade Física: (✓) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ) Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (✓) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº \_\_\_\_\_ Comissura labial nº \_\_\_\_\_ FIO2 % PEEP cmH2O

(✓) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( ) D ( ) E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: \_\_\_\_\_ Dreno de tórax: ( ) D ( ) E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(✓) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (✓) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM		17	8	17	
NOME:	Eliziane Joana				
IDADE:	30	SEXO:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	/ / às 12:00 h
SETOR:	LEITO:				
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:			
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:			
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:			
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:			
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>				
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>				
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/> TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/> EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>			
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE):	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>				
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>				
	DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>				
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>				
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA):	VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>				
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>				
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: excesso de medicação				
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: Procedimento invasivo				
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR: COMPREV SEGURO E PACIENTE S/A				
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR: 21 MAR 2018		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR: PROTOCOLO				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR: AG. JOÃO PESSOA				
	CD/FR:				
	CD/FR:				
	CD/FR:				
Eliziane da Silva		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
ENFERMEIRA		FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA		
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		08			
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A 2L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.					
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		continua			
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		11			
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE					
<input type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		4			

M00 125







15/11/17  
22:30h  
Eunice Mendes

Nega dor abdominal  
USG FAR: Medula Amniótica livre  
USG de Acre Pueril  
FC 74, PA 120x80, Normalizado  
e Abd: insolar e sem irritação Perif

R-X: Espandilista T12?

Col: TC Coluna Toraco-lumbar  
TC Abd com el Comere Verso (Univência)

- 1) Dica de
- 2) itido com 50-3
- 3) fumaça da am (iv)
- 4) Obs: Váculas

Dr. Gabriel Ribeiro  
Ortopedia do Trauma  
CRM-PB 7.983

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

IDADE

( ) Centro cirúrgico  
( ) Injeção (setor)  
( ) Transfusão a outro SETOR ou HOSPITAL  
( ) Alta hospitalar / ( ) A revelia  
( ) Decisão Médica  
( ) Jóbilo

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

1:30h / Eunice Mendes  
TC Abd: Acre; Fígado / Bexiga / Rins  
Normal

TC Col: fumaça T12

Col: Vdo Nere  
Resposta: Círculo - Gal  
Amniti 84 mmHg  
ou se PAS 100 mmHg



Dr. Gabriel Ribeiro  
Ortopedia do Trauma  
CRM-PB 7.983







## 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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

x Giliad Lima Santos



**SINISTRO 3180471373 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** GILIARD LIMA SANTOS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** GILIARD LIMA SANTOS**CPF/CNPJ:** 07490173418**Posição em 27-02-2019 14:18:32**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/10/2018	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 001/2018

Ocorrência nº. 268/2018

Aos NOVE dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **PABLO EVERTON MACEDO DO NASCIMENTO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevô(o) do seu cargo, aí, por volta 10h:00min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

GILIARD LIMA SANTOS, conhecido(a) por GILIARD, Identidade nº 50.904.338-0-SSP/SP, CPF nº 074.901.734-18, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de José Pereira Dos Santos E Edneide Lima Santos, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 09/05/1987 (30 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Saco Dos Campos, tendo como ponto de referência: próximo à entrada do trevo de Casserengue/PB, na cidade de SOLÂNEA/PB, fone(s) para contato: (83) 98888-0129.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 15 de novembro de 2017;
- 3) **Horário do fato:** 15h:00min;
- 4) **Local do fato:** Pista da Barra, em Solânea/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Trauma em Campina Grande/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** NÃO;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** ;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?**

**6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

Ford Pampa, ano/modelo 1997/1997, cor prata, placa MYQ 7466, chassi 9BFZZ554VB965015

**7) Testemunha(s) do fato/acidente:**

**8) Breve resumo do fato:**

QUE o comunicante estava na cadeira do carona do veículo identificado acima, quando o motorista ao tentar ultrapassar outro veículo, acabou perdendo o controle do carro, ocasionando então o capotamento; QUE o comunicante foi atendido por uma unidade de ambulância pertencente ao hospital regional de Solânea/PB e encaminhado ao hospital de trauma da cidade de Campina Grande/PB.

**OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:**

Não consta.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevô(o) que digital.

*Giliard Lima Santos*  
GILIARD LIMA SANTOS  
Comunicante

*[Assinatura]*  
Escrivô(o)/Agente/Delegado  
Matrícula nº 181824-4



Polícia Delegado: JLMSTO



Dr. Anuar Murad Filho

Clinica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente Giliard Lima dos Santos é portador do CID : S 29 + T 07 ocasionado por acidente de automóvel . A lesão teve como seqüela uma limitação de 50 % dos movimentos do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho  
Médico  
C.R.M-PB: 8.742

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

13-06-2018



Eco Medical Center Cartaxo ( C.N.P.J : 29.955.582/0001-41 )

Rua : Antônio Rabelo Junior N° 170 ( Miramar - João Pessoa ) CEP : 58032-090



PACIENTE: GILIARD LIMA SANTOS

DATA: 19/09/2018

RADIOGRAFIA DA TRANSIÇÃO DA COLUNA TORACOLOMBAR

- Eixo vertebral normal.
- Presença de placas e parafusos de fixação metálicos nos corpos vertebrais de T11, T12 e L1.
- Redução da altura da porção anterior do corpo vertebral de T12.
- Osteófitos anteriores nos corpos vertebrais de T11 e T12.
- Redução do espaço intervertebral de T11-T12.



Izabelle Padilha Morano- CRM 7079

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Telefone (83) 3363 1236 – clinicapolividapb@gmail.com

Rua Leôncio Costa, 540 – centro

Solânea – PB CEP 58225-000

CNPJ 22.494.864/0001-40

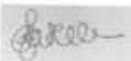


PACIENTE: GILIARD LIMA SANTOS

DATA: 19/09/2018

### RADIOGRAFIA DA TRANSIÇÃO DA COLUNA TORACOLOMBAR

- Eixo vertebral normal.
- Presença de placas e parafusos de fixação metálicos nos corpos vertebrais de T11, T12 e L1.
- Redução da altura da porção anterior do corpo vertebral de T12.
- Osteófitos anteriores nos corpos vertebrais de T11 e T12.
- Redução do espaço intervertebral de T11-T12.



Izabelle Padilha Morano- CRM 7079

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Telefone (83) 3363 1236 – clinicapolividapb@gmail.com

Rua Leônicio Costa, 540 – centro

Solânea – PB CEP 58225-000

CNPJ 22.494.864/0001-40



15/01/2017



GOVERNO DO PARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

HTCG - Painel Administrativo



ATENDEMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1543770

CLASSE: DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/11/2017  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Gisele De Oliveira Lopes

PACIENTE: GILARD LIMA SANTOS

CEP: 58225000

Nascimento: 09/05/1987

Endereço: SACO DOS CAMPOS

Sexo: M

Telefone: 981596912

Cidade: Solânea

Idade: 030

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: EDNEIDE LIMA DOS SANTOS

RG:

Nº: 0

Responsável: GILVAN LIMA DOS SANTOS

CPF:

Profissão: AGRICULTOR

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de Agend: 15/11/2017

CNS: 708109652034540

Motivo: ACIDENTE DE CARRO

Hora: 19:59:41

CONVÊNIO: SUS

Médico:

CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Aulário
4. Cefalotórax
5. Cefalotórax
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Embolia subclariana
10. Esquema subclariana
11. Equimose
12. Eritema branco
13. Eritema de fogo
14. Eritema
15. Eritema
16. Eritema
17. Eritema
18. Eritema
19. Eritema
20. Eritema
21. Eritema
22. Eritema
23. Eritema
24. Eritema
25. Eritema
26. Eritema
27. Eritema
28. Eritema
29. Eritema
30. Eritema
31. Eritema
32. Eritema
33. Eritema
34. Eritema
35. Eritema

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID: *Q81.0*

http://10.1.1.148/projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1543770

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Acidente de trânsito, vítima de capotamento de carro, lesões graves, estado de choque, necessidade de intervenção cirúrgica, lesões de nível cervical, além de lesões em membros superiores e inferiores.

ALERGIA: ☒MEDICAMENTOS: ☒PATOLOGIAS: *neg.*

EXAME FÍSICO

PUPILAS: *Neotrocorantes* ( ) IsocóricasGlasgow: *PA*

Sato2

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais  
( ) Gasometria arterial  
( ) Tomografia Computadorizada

( ) Ultrassonografia  
( ) Radiografias  
( ) Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *PCR*

Dias

Dias

Especialista: *PCR*

Dias

Dias

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº

HORÁRIO REALIZADO

1. *Exame físico, exame de nível cervical, exame de nível de membros superiores e inferiores.*

2. *Exame de nível cervical, exame de nível de membros superiores e inferiores.*

3. *Exame de nível cervical, exame de nível de membros superiores e inferiores.*

4. *Exame de nível cervical, exame de nível de membros superiores e inferiores.*

5. *Exame de nível cervical, exame de nível de membros superiores e inferiores.*

6. *Exame de nível cervical, exame de nível de membros superiores e inferiores.*

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: *25/11/17*

1/2



ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA  
CNPJ: 08.778.268/0010-51

---

Declaração

Declaro para os devidos fins, que GILIARD LIMA SANTOS, foi atendido nesta Unidade de Saúde, no dia 15/11/2017 às 17:21Hs, conforme consta em nosso registro Nº 45148. O mesmo sendo encaminhado para o Hospital de Trauma de Campina Grande. CID S 29.

  
Dra. Rosalba Fernandes da Silva  
CRM: 3067  
CNS: 206790120300007

Solânea-PB, 09 de Março de 2018



---

Rua Prof. Alaíde Silva, nº 131 – Centro – Solânea -PB. – CEP. 58.225-000  
Fone/Fax: (0\*\*83) 3363-2257 - Email: hesolanea@hotmail.com



ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA  
Rua Profª Alaide Silva, 131 - Fone: (83) 3363-2257

ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS SERVIÇO HOSPITALAR

UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

UNIDADE DE ORIGEM: Hosp. Distrital de Solânea

NOME DO PACIENTE: Gláucia Lima Santos 30

PROCEDÊNCIA: Solânea

bolinhas com ferida na  
região dorsal (sic) PA=140x100mm/ly, HGT=931  
mg/dl. Trauma. Tóxicos?  
Solicitado exame.

Dra. Rosalba Fernandes de Silva  
CRM: 3067  
CPF: 204.316.842-72  
CNS: 206790120300407



Solânea (PB), 15 / 11 / 20 17



Ficha de Acolhimento

Nome: Alvaro Lima Silva  
End: Saco do Lombo Bairro: Alameda  
Data de Nascimento: 07.05.84 Documento de Identificação: 35-11.19  
Queixa: dores Data do Atend.: 35-11.19 Hora: 20:56 Documento: 35-11.19  
Acidente de trabalho? ☐ Sim ☒ Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Baixo ☒ Aspecto: ☐ Calmo ☒ Fâceis de dor ☐ Gemente  
Frequência respiratória: canal canal  
Pressão arterial: canal canal  
Temperatura axilar: canal canal  
Mucosas: ☒ Normocrada ☐ Pálida  
Dosagem de HGT: canal canal  
Deambulação: ☐ Livre ☒ Cadeira de rodas ☐ Maca

Estratificação

☐ Vermelho - atendimento imediato  
☐ Verde - atendimento até 4 horas

☒ Amarelo - atendimento até 1 hora  
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

Francisco Assis Fidelis de Oliveira Filho  
MOD. 110







GOVERNO  
DA PARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

TE M - Feb T12

15/3903

Paciente

Giliane

Alojamento

Leito

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

16/11/17

1 - Dieta líquida

2 - SF 2,01 N 24L

3 - Oxigênio 1g N 4/4L

4 - Transfusão de sangue N 4L

5 - Reparo no dente.

6 - Infusão de soro.

Alexandre Martins  
CRM/PA. 0444  
R. 10, 100-10

Arterial 11/10

Alexandre Martins  
CRM/PA. 0444  
R. 10, 100-10

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
21 MAR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

MOO. 815



Admitted in 11:00

## Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Gilson

FFVFF

### Paciente

Children

Alojamiento

Leito

Convênio

Data
------

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

[illegible]

Dr. Andrew Hughes (2017-2018)  
N 17 NOV 2017  
CHANDLER SCHOOL / ANDREW HUGHES

COMPROV. SEC. RO. E PREVIDÊNCIA S/P  
21 MAR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

MOD.035

21 MAR. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOAO PEREIRA





COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
21 MAR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

**GILIARD LIMA SANTOS**, brasileiro, portador do RG nº 509043380 SSP/SP e CPF nº 074-901.734-18, residente e domiciliado em Sit Saco dos Campos, 42, Área Rural, Solânea/PB, CEP 58225-000

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 judicium* 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.

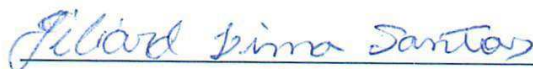
PODERES ESPECÍFICOS:

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](mailto: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

