

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTES: MAURICIO LOURENÇO DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da cédula de identidade nº 4.301.842-SSP/PB e CPF nº 710.266.824-44, residente e domiciliado no Sítio Lagoa Salgada s/nº - Cacimba de Dentro/PB.

OUTORGADOS: JOÃO FERREIRA FURTADO NETO e POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA, brasileiros, advogados, inscritos na OAB/PB sob os nº (s) 6.489 e 16.689, respectivamente, com escritório na Rua Benjamim Gomes Maranhão, nº 56, Centro, Cacimba de Dentro/PB.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et **extra**", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Cacimba de Dentro, em 03 de maio de 2019



MAURICIO LOURENÇO DA SILVA
Outorgante



DECLARAÇÃO

Eu, **MAURICIO LOURENÇO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da cédula de identidade nº 4.301.842-SSP/PB e CPF nº 710.266.824-44, residente e domiciliado no Sítio Lagoa Salgada, s/nº- Cacimba de Dentro/PB, Declaro, através deste signatário (art. 105 do NCPC) que, em razão de minha condição financeira, não tenho condições de suportar 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 da Lei nº 1.060/50.

Cacimba de Dentro/PB, 03 de maio de 2019.



MAURICIO LOURENÇO DA SILVA
Declarante



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.301.842 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/12/2014

NOME MAURÍCIO LOURENÇO DA SILVA

FILIAÇÃO JOSEFA LOURENÇO DA SILVA

NATURALIDADE CACIMBA DE DENTRO-PB DATA DE NASCIMENTO 04/02/1963

DOC ORIGEM

NASC. N. 7729 FLS. 137 LIV. 8

CARTÓRIO CACIMBA DE DENTRO-PB

710.266.824-44

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-049

NÃO ALFABETIZADO(A)

CARTEIRA DE IDENTIDADE



JOSE TAVARES DOS ANJOS
 RUA LAGOA SAUADA, 59 - ARRAIA RURAL,
 CACIMBA DE DAUTRAZ - PB CEP: 58230000 (A5-62)



Emissão: 13/09/2017 - Referência: Set/2017
 Classificação: RESIDENCIAL - BARRA RENCA MONOFASICO
 Rotômetro: 6-49-681-6880 - Nº medidor: 0000088759

ENERGISA PARÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 B-290 Km 25 - Costa Rodante - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
 CNPJ 09.005.132/0001-40 - Ins. Est. 16.016.922-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 438 791
 Cód. para Débito Automático: 00007778078

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Set/2017	13/09/2017	11/10/2017	30886481449 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/777507-5**

Canal de contato

ATENÇÃO - REVISÃO CADASTRAL 2017
 Procure a Prefeitura de sua cidade até 15/10/2017 para atualizar seu cadastro no Cadastro Único e evitar a perda da Tarifa Social de Energia. Para mais informações, consulte o 0800 083 0196 ou 0800 777 8078.
 - Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE 2017, disponível até 15/10/2017, de 01 de setembro de 2017.
 Ao acessar www.energisa.com.br você resolve tudo o que precisa com agilidade e facilidade. Se precisar, nosso serviço disponível como segunda-via da conta, mudança de titularidade, reclamação, compare a 0800, entre outros.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
14/08/17	12.58	13/09/17	12.07		61	30

Demonstrativo							
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa Social	Tarifa Social	Tarifa Social	Tarifa Social	Tarifa Social
0001	Consumo de Junho/17	30.000	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0001	Consumo de Julho/17	51.000	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0001	Adc. B. Vermehe	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0001	Adc. B. Antonio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0010	Subtotal	27.00	27.00	27.00	27.00	27.00	27.00

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0001	CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0001	JUROS DE MORA 08/2017	0.17	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0001	MULTA 08/2017	0.14	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0001	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2017	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0001	Devolução Subtotal	-30.28	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

CC	Código de Classificação do Item	TOTAL	40.88	55.24	13.81	55.24	0.25	1.18
----	---------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh) **78** **VENCIMENTO 20/09/2017** **TOTAL A PAGAR R\$ 40,88**

Histórico de Consumo (kWh)											
87	83	73	79	77	100	86	87	80	65	61	73
Ago/17	Jul/17	Jun/17	Maio/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Set/16

5d55.1f5c.deac.3cd0.13fd.5c89.406b.aa59.

Indicadores de Qualidade				Comparativo Anual		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DM-MENSAL	23.95	0,10	NOMINAL	Serviços de Dist. de Energia PB	7,28	17,79
DM-TRIMESTRAL	47,79			Compra de Energia	6,36	22,87
DM-MENSAL	7,82	1,00	CONTRATADA	Serviços de Transmissão	1,12	2,74
DM-TRIMESTRAL	15,64			Encargos Setoriais	2,01	4,92
DM-MENSAL	31,28		LIMITE INFERIOR	Impostos Diretos e Encargos	21,14	51,71
DM-TRIMESTRAL	62,56		LIMITE SUPERIOR	Custos Serviços	0,00	0,00
DM-MENSAL	18,80	0,10		Total	40,88	100,00

ATENÇÃO
 - Sua unidade foi filiada com tarifa média, tendo um desconto de R\$20,26.
 Reajuste Tarifário - vigência 28/08/17 - Res. ANEEL nº 2.291 - Base Tarifária 13,84% Médio
 Reajuste Tarifário - vigência 28/08/17 - Res. ANEEL nº 2.291 - Base Tarifária 16,35% Médio

Pagamentos em atraso





GOVERNO
DA PARAÍBA

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
21ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DO MUNICÍPIO DE CACIMBA
DE DENTRO/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Livro nº. 001/2017

Ocorrência nº 208/2017

DESCRIÇÃO:

Aos Trinta (30) dias do mês de Outubro do ano de dois mil e Dezesete (2017), nesta cidade de Cacimba de Dentro/PB, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. JOACIL DE LIMA MOREIRA, Delegado de Polícia Civil, **comigo** escrivão de Polícia Civil, às 10h55min, compareceu o (a) Senhor (a)

Nome: MAURICIO LOURENÇO DA SILVA, Idade: 54 anos, nascido em 04/02/1963, Nacionalidade: brasileira, Naturalidade: Cacimba de Dentro/PB, Estado civil solteiro, Profissão: agricultor, Filiação: pai não declarado e Josefa Lourenço da Silva, Endereço: Rua Sítio Lagoa Salgada Zona Rural de Cacimba de Dentro/PB.

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:

RG: 4301842 SSP/PB

CPF: 710.266.824.44

HISTÓRICO

Noticiou: Que no dia 30 de Junho de 2017, por volta das 20:00 horas, estava como passageiro em uma motocicleta de marca HONDA CG 125 TITAN KS, ANO MODELO 2002/2003, COR VERMELHA, PLACA MOO 0149/PB, CHASSI 9C2JC30103R153521, que se encontra em nome de JOSÉ EDER DE LIMA TAVARES; Que vinha da cidade de Araruna (rodovia PB 111) com o Sr RODRIGO PONTES DA SILVA; Que na chegada do Sítio Barreiros um jumento atravessou na frente da motocicleta e o Sr RODRIGO ao desviar do animal perdeu o controle da moto e caiu juntamente com o noticiante; Que o Sr Rodrigo não sofreu nenhuma escoriação e o noticiante foi socorrido pela SAMU da cidade de Araruna/PB; para o hospital de trauma da cidade de João Pessoa/PB, onde passou 12 dias internado e passou por cirurgia no rosto(queixo); Que não manifesta o desejo de representar contra o Sr Rodrigo e apresenta como testemunhas o Sr Rodrigo Pontes da Silva, portador da RG 3093579 SSP/PB residente no Sítio Lagoa Salgada Zona Rural de Cacimba de Dentro/PB e o Sr José Eder de Lima Tavares, portador da RG nº 3066096 SSP/PB residente no Sítio Lagoa Salgada Zona Rural de Cacimba de Dentro/PB. Nada mais tendo a consignar, ciente (a) noticiante das implicações penais contida no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, caso o quanto aqui se reportou não for a verdade e depois de lido e achado conforme vai devidamente assinado.

Cacimba de Dentro/PB, 30 Outubro de 2017

Assinatura do (a) noticiante

Evangelista Maria da Luna
Escrivão Ad-Hoc, Matr. 137.334.0



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 9049677563

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 79599814-7 DATA 2011/08/24 EXERCÍCIO 2011

NOME

JOSE EDER DE LIMA TAVAREAS

CPF/CNPJ

09821113478

PLACA

MO00149/PB

PLACA ANT./UE

NOVO PB

CHASSI

9C2JC30103R153521

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 TITAN KS

ANO FAB

2002

ANO MOD

2003

CAP/POT/CIL

2 P/124 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

IPVA PAGO EM

VENC. COTA ÚNICA

15/08/2011

VENC./COTAS

IPVA

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS

0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$)

PAGO

DATA DE PAGAMENTO

15/08/2011

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

CACIMBA DE DENITRO-PB

33987

DATA 24/08/2011

40563

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VITREABILIDADE OU POSSUA CARGA A PESSOA
Y TRANSPORTADA/S OU NAO. SEGURO DPVAT

PB Nº 9049677563

BILHETE DE SEGURO DP

EXERCÍCIO 2011

CPF / CNPJ

09821113478

PLACA

MO00149/PE

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 9049677563

EXERCÍCIO 2011 DATA EMISSÃO 24/08/2011

VIA

1

CPF / CNPJ

09821113478

PLACA

MO00149/P

RENAVAM

795998147

GAS

HONDA/CG 125 TITAN KS

MARCA/MODELO

ANO FAB

2002

CAT. TARIF

9

Nº CHASSI

9C2JC30103R153521

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

0,

DENATRAM (R\$)

0,

CUSTO DO SEGURO (R\$)

0,

CUSTO DO BILHETE (R\$)

0,

IOF (R\$)

SEGURO

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO

PAGO

PAGAMENTO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITACA

15/08/2011

Seguradora Líder dos Consórcio
do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04
40568-1208401-20110824



SINISTRO 3180367514 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MAURICIO LOURENCO DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO MAURICIO LOURENCO DA SILVA**CPF/CNPJ:** 71026682444**Posição em 03-05-2019 11:47:26**

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				Correção				Valor Total			
08/01/2019				R\$ 1.350,00				R\$ 0,00				R\$ 1.350,00							





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Mauricio Lourenço da Silva
DATA DE NASCIMENTO 04/02/63
NOME DA MÃE Josefa Lourenço da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 102838
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1010787
DATA DO ATENDIMENTO 30/06/17
HORA DO ATENDIMENTO 23/38
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) TCE + fratura de complexo zigomático esquerdo
CID 10 S06.4 S02.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com TCE, trauma facial, perda da consciência, escoriações pelo corpo, edema e equimose periorbitária, depressão óssea em arco zigomático, glasgow 15. Avaliado pela Neurocirurgia, BMF e internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX face

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: HED
RX: fratura de complexo zigomático E

TRATAMENTO:

Tratamento conservador de trauma craniano + tratamento cirúrgico de fratura de complexo zigomático esquerdo

ALTA HOSPITALAR: 11/07/17
DATA DA EMISSÃO: 18/09/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS,
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





CHECK LIST CIRURGIA SEGURA - SALVA VIDAS

REETSHL

CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Período Pré-Operatório

1.1 Dados de Identificação

Nome: Maurício Lourenço do Silva
Idade: 51 Sexo: M BE/Prontuário: 1010787 leito: _____
Data da visita Pré-Operatória: 30/07/2017 Hora: 14:25 Enfermaria: _____
Alergias: () sim (☒) não () não sabe Quais: _____
Dor: () presente (☒) ausente Local: _____
Sítio Cirúrgico - Passado Cirúrgico: _____
Antecedentes familiares: _____
Checar exames pré operatório (hemograma, glicemia, SSVV, ECG e risco cirúrgico)
OBS: _____
Chegar documentos: visita pré-cirúrgica (☒) visita pré - anestésica (☒) Termo de autorização para procedimento cirúrgicos () OBS: _____
Utilização () sim (☒) não
Orientações: _____
() Retirar prótese e adornos
() Jejum informado
() Orientação sobre: banho com clorexidina deg-1-2horas antes da cirurgia mais higiene oral criteriosa, confortar o paciente explicando o procedimento e funcionamento do centro cirúrgico
() Realizar tricotomia
Enfermeiro/Coren(a): Marys Regina
COREN-PB 800758

Período Transoperatório

Procedimento: Fratura de arco zigomático e
1.2. Antes da indução anestésica (identificação)

- (☒) Identidade concluída/avaliação pré-anestésica
(☒) Sítio demarcado () Consentimento informado
(☒) Procedimento cirúrgica (☒) Jejum
(☒) Verificação de segurança anestésica
O PACIENTE POSSUI:
Via aérea difícil/ risco de aspiração?
(☒) Não () Sim e equipamento/ Aspiração disponível
Risco de perda sanguínea > 500ml (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 na sala Nº 05
(☒) 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 () Auxiliar cirurgia
() Instrumentador/Firma () Tec. RX

F(NG).ASCIR.035-1





CHECK LIST CIRURGIA SEGURA - SALVA VIDAS

CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Período Pré-Operatório

1.1 Dados de Identificação

Nome: Mauro de Souza
Idade: 59 Sexo: mas BE/Prontuário: 5050787 02 leito: 01
Data da visita Pré-Operatória: / / / Hora: / Enfermaria: /
Alergias: () sim () não ☒ não sabe Quais: /
Dor: () presente (☒) ausente Local: /
Sítio Cirúrgico - Passado Cirúrgico: mo

Antecedentes familiares: /

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

OBS: /

Chegar documentos: visita pré-cirúrgica (☒), visita pré - anestésica () Termo de autorização para procedimento cirúrgico() OBS: /

Utilização() sim (☒) não

Orientações:

() Retirar prótese e adornos

() Jejum informado

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

() Realizar tricotomia

Enfermeiro/Coren(a): /

Dr. Mauro de Souza
COREN 09.984 - PB

Período Transoperatório

Procedimento: HT de Tráf. de Zygoma

1.2. Antes da indução anestésica (identificação)

() identidade concluída/avaliação pré-anestésica
() Sítio demarcado () Consentimento informado
() Procedimento cirúrgico (☒) Jejum
(☒) Verificação de segurança anestésica

> O PACIENTE POSSUI:

Via aérea difícil/ risco de aspiração?

() Não

(☒) Sim e equipamento/ Aspiração disponível

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

(☒) Não

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

() Reserva Hemocomponentes

> Checagem equipamentos

(☒) Monitorização

(☒) Aspirador

(☒) OPME

(☒) Conferir esterilização das embalagens

(☒) Distúrbio elétrico (placa + cabo)

(☒) Carro de anestesia + alarmes + oxigênio e agentes inalatórios

() não se aplica

(☒) Realização de desinfecção na sala N° 02

> ACESSO VENOSO

(☒) Periférico

() ACV

1.3 Antes da incisão cirúrgica (Confirmação -Pausa Cirúrgica)

> CONFIRMAR SE A EQUIPE ESTÁ COMPLETA

(☒) Cirurgião

(☒) Anestesiologista

(☒) Auxiliar cirurgia

() Instrumentador/Firma () Tec. RX

F(NG).ASCIR.035-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em DPH, sob anestesia geral (intubação orotraqueal)
- ② Antisepsia com PVPi tipo 10
- ③ Abertura do campo cirúrgico
- ④ Infiltração de lidocaína com vasocostritor
- ⑤ Lavagem palpebral superior (E)

Incisão:

- ⑥ Direção das planas e exposição da fratura
- ⑦ Redução da fratura de Zygoma (E)
- ⑧ Fixação da fratura com 01 placa orbital de

3 peças cortada p/ 5 parafusos + 2 parafusos 13 mm do mt 2.0 + 2 parafusos de 7 mm de emergência do mt 3.5).

Achados:

- ⑨ Irrigação copiosa da ferida cirúrgica
- ⑩ Sutura por planos.

Conduta:

*Obs.: 2 parafusos de 13 mm (2.0) foram deslocados para apresentar cabeça remanejada.

Fechamento:

Observação:

Dr. Leonardo Paiva
Cirurgião Traumatólogo
Boca - Maxilo - Facial
CRO-RN 4556

João Pessoa, 08/07/17

Médico/CRM:

F(NG)ASCIR.009-J





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Maurício Loureiro da Silva BE/Prontuário: 1020737
Idade: 52 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 08/07/17
Clínica/Setor: CTBUT EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Redução + fixação de fratura de zigoma
Cirurgião: Dr. Leonardo Paiva 1º Assistente: Dr. Claudio Nunes
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Luiz Paulo
Tipo de Anestesia: geral Horário: Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura do Complexo Zigomático (E)</u>	<u>S02.4</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Osteotomia de Comp. zigomático (E)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensiva ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Leonardo Paiva
Cirurgia de Maxilofacial
Bach. - Médico - Federal
CRM: 4558

João Pessoa, 08/07/17

F(NG).ASCIR.009-1



02101

DATA: 07/07/17

PRONTUÁRIO: 4090787

NOME DO PACIENTE: Maurício Laurencio do Silva
 Idade: 37 Sexo: M Profissão: _____
 Patologia principal: Pto. linfo de zigomático
 Cirurgia: Hx cirúrgica Anestesia proposta: geral

Dor no peito, angina?	<input checked="" type="checkbox"/>	Diabetes?	<input checked="" type="checkbox"/>	Alergia a drogas?	<input checked="" type="checkbox"/>
Infarto? <input type="checkbox"/> <3M <input type="checkbox"/> 3-6M <input type="checkbox"/> >6M	<input checked="" type="checkbox"/>	Doença da tireóide?	<input checked="" type="checkbox"/>	Quadro clínico?	<input checked="" type="checkbox"/>
Pressão alta?	<input checked="" type="checkbox"/>	Mudança no hábito miccional?	<input checked="" type="checkbox"/>	Tratamento?	<input checked="" type="checkbox"/>
Sopro, febre reumática?	<input checked="" type="checkbox"/>	Modificação no apetite?	<input checked="" type="checkbox"/>	Alergia a pó, fô, odores, alimentos?	<input checked="" type="checkbox"/>
Arritmia, taquicardia: <input type="checkbox"/> espontânea	<input checked="" type="checkbox"/>	Queimadura, queimadura, H. de histeria, dor?	<input checked="" type="checkbox"/>	Quadro clínico?	<input checked="" type="checkbox"/>
tos estofados: <input type="checkbox"/> peg. <input type="checkbox"/> médios	<input checked="" type="checkbox"/>	Náuseas, vômitos? (cor: _____)	<input checked="" type="checkbox"/>	Tratamento?	<input checked="" type="checkbox"/>
Edema de MMII: <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Manhã	<input checked="" type="checkbox"/>	Mudança no hábito intestinal?	<input checked="" type="checkbox"/>	Alergia a derivado de borracha?	<input checked="" type="checkbox"/>
Dispneia de decúbito <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Alteração na cor das fezes?	<input checked="" type="checkbox"/>	Quadro clínico?	<input checked="" type="checkbox"/>
tos estofados: <input type="checkbox"/> peg. <input type="checkbox"/> médios	<input checked="" type="checkbox"/>	Perda de peso súbita?	<input checked="" type="checkbox"/>	Tratamento?	<input checked="" type="checkbox"/>
Asma-brônquica	<input checked="" type="checkbox"/>	Hepatitis, icterícia, malária, Chagas?	<input checked="" type="checkbox"/>	PARA CRIANÇAS (0 - 14 anos)	<input checked="" type="checkbox"/>
Tosse/catarro? (cor: _____)	<input checked="" type="checkbox"/>	Anemia?	<input checked="" type="checkbox"/>	A criança é prematura?	<input checked="" type="checkbox"/>
Umidade: há _____ anos. Parou há _____	<input checked="" type="checkbox"/>	Sangramento? (onde? _____)	<input checked="" type="checkbox"/>	A criança tem 1 de desenvolvimento?	<input checked="" type="checkbox"/>
Desmaios, tonturas?	<input checked="" type="checkbox"/>	Herniões/manchas rosas?	<input checked="" type="checkbox"/>	A criança está gripada, catarro, febre?	<input checked="" type="checkbox"/>
Convulsões, abalos, tremores?	<input checked="" type="checkbox"/>	Gripe, febre, recente?	<input checked="" type="checkbox"/>	A criança tem outra doença?	<input checked="" type="checkbox"/>
Fraqueza muscular, miopatia?	<input checked="" type="checkbox"/>	Está ou pode estar grávida? (DUM: _____)	<input checked="" type="checkbox"/>	AJECENDENTES FAMILIARES DE:	<input checked="" type="checkbox"/>
Dor nas juntas, artrite, colagenose?	<input checked="" type="checkbox"/>	Tem problema de audição, visão?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> doença crônica <input type="checkbox"/> miopatia	<input checked="" type="checkbox"/>
Problema de coluna?	<input checked="" type="checkbox"/>	Teve febre alta quando foi operado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Febre alta durante a anestesia?	<input checked="" type="checkbox"/>
te social	<input checked="" type="checkbox"/>	Racebba (transf. sangue)? Há _____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problema crônico a anestesia?	<input checked="" type="checkbox"/>
Classe: na _____ anos. Parou há _____	<input checked="" type="checkbox"/>	Alcool, drogas, drogas, drogas, drogas?	<input checked="" type="checkbox"/>	Quão?	<input checked="" type="checkbox"/>

Importantes da Anamnese: class. EF

Cirurgias / Anestésias Prévias / Complicações

Medicamentos (Dose)

EXAME FÍSICO
 Peso: 70 Altura: 170 PA: 120/80 FC: 70
 Correlação: correlação com história - clínica - laboratorial - instrumental
 Anamnese: anamnese
 Demanda/potência (reflexo) (reflexo) _____
 Demais: demais
 Abnormal: abnormal
 Período normal: normal
 Normal: normal
 Normal: normal
 Normal: normal

Anamnese de preferência exames com < 01 ano
 Exames Substâncias - DATA: 21/7/17
 Hb: 14,4 Ht: 44,7 Glc: _____ Cr: _____
 Na: _____ K: _____
 Pla: 173.000
 Coag: 173.000 (Alterada) TP: _____ TPA: _____
 RX: 173.000
 ECG: 173.000
 Avaliação clínica: _____

Paciente ciente de quem após 20h. termo assinado

ASA: II
 RNOS: ☐ NÃO ☐ SIM Motivos: ☐ Exames complementares ☐ Examinado p/Clínica, Qual:
 (Vale 1 RNOS)

MÉDICO: _____

CRM: _____

Se o paciente tiver Risco(s) promotor "CONDUÇÃO FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES", APENAS após a liberação do Anestesiologista

CONDUÇÃO FINAL:	<input type="checkbox"/> Liberado para cirurgia
DATA: _____	<input type="checkbox"/> Reavaliar na internação - motivo(s): _____
	<input type="checkbox"/> Reavaliar em 30 - motivo(s): _____
	<input type="checkbox"/> NÃO LIBERADO p/ CIRURGIA - motivo(s): _____

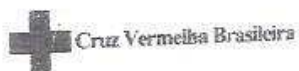
PROBLEMAS GRAVES

MPA drogas/dose

MÉDICO: _____

CRM: _____





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente MAURICIO LOURENCO DA SILVA	RAE 1010767	Data/Hora Entrada 30/06/2017 23:38:49	Data Saida
Data de nascimento 01/01/1966	Idade 51	Sexo Masculino	CNS
Mão NAO INFORMADO			Telefone de Contato (63) 32125700
Endereço PROJETADA, S/N - PACIENTE ALCOLIZADO, SEM RESPONDER	Bairro ZONA RURAL	Município ARARUNA	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS MAGALHAES FRANCA	Nº Cons. Regional 3792/PB
Data/Hora Classificação 30/06/2017 23:38:49		Data/Hora Prescrição 01/07/2017 00:12:16	

anamnese

PCT VITIMA DA ACIDENTE DE MOTO+TRAUMA DE FACE+TCE+PERDA DE CONSCIENCIA+ESCORIAÇÕES PELO CORPO

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO, ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO
SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

TOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
DIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

CARLOS MAGALHAES FRANCA
(3792/PB)

MAURICIO LOURENCO DA SILVA



Assinado eletronicamente por: POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA - 27/05/2019 15:23:39
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052715233685600000020879145>
 Número do documento: 19052715233685600000020879145



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE		Maurício Resurremco da Silva.		
IDADE	54	SEXO	M	
CIRURGIÃO	Dr. Leonardo Silva PAUX Dr. Claudio			
ANESTESIA	qual			
ANESTESISTA	Dr. Thuri + Dr. Eulerton			
INSTRUMENTADOR				
DATA	08/07/2019	CIRURGIA INÍCIO	09:30 às 12:00	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)				
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()				
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA				
MEDICAMENTOS		MATERIAIS CONT.		
ALFENTANIL	QTD.	JELCO Nº18	QTD.	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		
CETAMINA		JELCO Nº24		
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº11		
FENTANIL		LÂMINA BISTURI Nº15		
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº23		
ISOFLURANO		LÂMINA BISTURI Nº24		
LEVOPRIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE DERMATOMO		
LEVOPRIVACAÍNA S/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		
LIDOCAÍNA C/ VASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		
LIDOCAÍNA S/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7,5		
MIDAZOLAM		LUVA ESTÉRIL Nº8,0		
MORFINA		LUVA ESTÉRIL Nº8,5		
NIMBROM		MÁSCARA CIRÚRGICA		
PANCURÔNIO		MULTIVIAS		
PETIDINA		PERFURADOR DE SORO		
PROPOFOL		SCALP Nº19		
RAMFENTANIL		SCALP Nº21		
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML		
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML		
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML		
TIOPENTON		SERINGA 20ML		
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		
ÁGUA DESTILADA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		
ATROPINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		
BEXTRA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		
CEFAZOLINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		
DEXAMETASONA		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		
DIPIRONA SÓDICA		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		
EFEDRINA		SONDA NASOG. CURTA		
FUROSEMIDA		SONDA NASOG. LONGA		
GLICOSE 50%		SONDA URETRAL Nº		
GLUCONATO DE CÁLCIO		TORNEIRINHA		
HIDROCORTISONA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº8,5		
LIDOCAÍNA GELÉIA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		
ONDASETRONA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		
PLASIL		TUBO SILICONE (LATEX)		
PROSTIGMINE				
PROTAMINA				
TENOXICAN				
GASES		FIOS		
GASES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO S/A Nº 2.0		
GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO S/A Nº		
JELCO Nº14		FIO ALGODÃO C/A Nº		
JELCO Nº16		FIO ALGODÃO C/A Nº		
EQUIPO MACROGOTAS		EQUIPAMENTOS		
EQUIPO TRANSF. SANGUE		() ASPIRADOR		
ESPOJA DE PVPI		() BISTURI ELÉTRICO		
ESPARADRAPO		() CAPNÓGRAFO		
GASES		() CARDIOMONITOR		
GASES ALGODOADAS		() DESFIBRILADOR		
GEL ELETROLÍTICO		() FOCO AUXILIAR		
JELCO Nº14		() FOCO CENTRAL		
JELCO Nº16		() MICROSCOPIO		
EQUIPO MICROGOTAS		() OXÍMETRO DE PULSO		
ESPOJA DE PVPI		() P.A. INVASIVA/NAO INVASIVA		
ESPARADRAPO		() PERFURADOR ELÉTRICO		
GASES		() SERRA		
GASES ALGODOADAS		CIRCULANTE		
GEL ELETROLÍTICO		Sistema Medeiros		
JELCO Nº14		175005		
JELCO Nº16				



BLOCO - MAPA DA BMF

SEGUNDA-FEIRA 10/07/17

PACIENTE: MAURICIO LOURENÇO DA SILVA

ENF 02/01

BE: 1010787

CIRURGIA: FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO E

CIRURGIÃO: PLANTONISTA

SANGUE: NÃO

Otávio Bruno Gisi L. Mendonça
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
CRO/PB 4149

Jejum Após 22h





RELATÓRIO DE CIRURGIA

RETSHL

Nome: LAURICIA LOURENÇO DA SILVA BE/Prontuário: 1010787
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 10/02/15
Clínica/Setor: ETOUR EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: REDUÇÃO DE FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO
Cirurgião: PAULO GERVILANO 1º Assistente: ANDRÉ LUNA
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: DR. JOÃO
Tipo de Anestesia: GERAL Horário: Início 14:00 Término 14:30

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO COMPLEXO DO ARCO ZIGOMÁTICO SEM OSTEO SÍNTESE</u>	<u>8404020060</u>

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Paulo Gervilano
Paulo Gervilano
CRM: 1010787

João Pessoa, 10/02/15

F(INGLASCIR.009-1





TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE ANESTESIA/SEDAÇÃO

Declaro, para fins legais, conforme segue:

07/04/17

01. Que estou ciente do fato de que, em data de 08/07/17, estarei submetendo-me a procedimento anestésico/sedativo de Anestesia geral junto ao Hospital MTS HC a ser realizado pelo Médico Anestesiologista ou qualquer outro membro de sua equipe de Anestesia, a fim de possibilitar a realização da cirurgia/tratamento de Procturo de zigomático

02. Declaro ainda que tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem o ato anestésico/sedativo em questão, através de explanação que me foi prestada pelo Médico e/ou integrante de sua equipe, tendo tido oportunidade de receber esclarecimentos, informações e tudo o mais necessário à minha perfeita compreensão de todos os aspectos ligados ao ato anestésico/sedativo a que me submeterei.

03. Declaro também expressa ciência de que o Médico Anestesiologista exerce atividade do meio, através da qual obriga-se a prestar seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos, não se responsabilizando, todavia, se não os alcançar.

04. A fim de prevenir e afastar eventuais problemas declaro também que prestei ao Médico Anestesiologista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, visando a anestesia/sedação, em especial através do preenchimento da "Ficha de Exame/Avaliação Anestésica" anexa, sem ocultar qualquer fato ou elemento. Todavia, em se tratando de procedimento médico, restam presentes os riscos inerentes e naturais ao ato anestésico/sedativo.

05. Declaro mais que meu internamento no Hospital em questão deu-se por minha livre e espontânea vontade, tendo conhecimento que o Médico Anestesiologista apenas se responsabiliza pelos procedimentos de sua especialidade que desenvolverá, não se obrigando e/ou responsabilizando pela qualidade dos serviços que serão prestados pela instituição hospitalar ou por outros profissionais que participem do ato cirúrgico bem como do tratamento/internamento em geral.

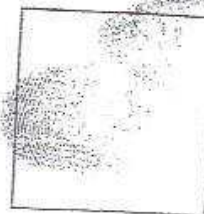
06. Peço autorização se necessário, para o cliente participar de um estudo para determinar para uso de dados para pesquisa acadêmica, desde que aprovada pelo comitê de ética e pesquisa.

A presente Declaração foi por mim lida e compreendida em todos os seus termos.

Assinatura do Paciente ou Responsável:

X Não Assino

Assinatura do Anestesiologista:



Testemunhas:

F(NG). ASCIR. 022-1





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Cacimba de Dentro

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800084-42.2019.8.15.0831

DESPACHO

Vistos, etc.

INTIME-SE a parte autora, por intermédio do seu advogado, para juntar aos autos, no prazo de 15 (quinze) dias, o requerimento administrativo prévio perante a seguradora, sob pena de indeferimento da inicial.

CACIMBA DE DENTRO, 4 de junho de 2019.

Juiz(a) de Direito





Vara Única de Cacimba de Dentro
Rua Capitão Pedro Moreira, S/N, Centro, CACIMBA DE DENTRO - PB - CEP: 58230-000
()

Nº do processo: 0800084-42.2019.8.15.0831
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

MANDADO DE INTIMAÇÃO DE ADVOGADO(A)

O MM. Juiz de Direito da vara supra manda ao ao oficial de justiça, a quem este for entregue, que em cumprimento a este, intime o(a) advogado(a) para cumprir o despacho id 21695945.

Advogado: POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA OAB: PB16689 Endereço: desconhecido

CACIMBA DE DENTRO, em 6 de junho de 2019.

De ordem, VIVIANY CHRISTINE RODRIGUES DA SILVA
Mat. 4767390



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA
COMARCA DE CACIMBA DE DENTRO-PB.**

PROCESSO Nº 0800084-42.2019.815.0831

MAURICIO LOURENÇO DA SILVA, assaz qualificada nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DPVAT**, que promove em desfavor de **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT**, processo *ut supra*, vem à presença de Vossa Excelência, com o axiomático respeito, trazer aos autos o requerimento administrativo da autora, em consonância com despacho ID: 21695945.

Documento segue em anexo.

Nestes termos,

Pede DEFERIMENTO.

Cacimba de Dentro-PB, 26 de junho de 2019.

JOÃO FERREIRA FURTADO NETO

OAB/PB 6.489



POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA

OAB/PB 16.689



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: MAURICIO LOURENCO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180367514

Vítima: MAURICIO LOURENCO DA SILVA

Data do Acidente: 30/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RODRIGO PONTES DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180367514**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias**, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13224878

Pag. 01845/01846 - carta_01 - INVALIDEZ





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Cacimba de Dentro

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800084-42.2019.8.15.0831

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de gratuidade judiciária.

Em que pese o contido no art. 334, do NCPC, tem-se que a prática forense tem revelado que as seguradoras do Consórcio DPVAT demandadas não costumam promover autocomposição.

Nesse passo, CITE-SE o réu para que, no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335, III, c/c art. 231, ambos do NCPC), apresente resposta.

CACIMBA DE DENTRO, 2 de agosto de 2019.

Juiz(a) de Direito

