

PROCURAÇÃO

VINICIUS RODOLFO SILVA SOUZA, brasileiro, solteiro, auxiliar administrativo, portador do RG nº. 4.015.744 - SSP/PB e inscrito no CPF sob o nº 701.507.774-42, podendo ser intimado na Rua Professor Candido Sá Andrade-268 A – Oitizeiro – Joao Pessoa - PB, CEP: 58.088-150, denominado neste ato de **OUTORGANTE**, pelo presente instrumento de Procuração ao final assinado, nomeia e constitui seus bastantes Procuradores e advogados, a Sra. **MARIA OLETRIZ DE LIMA FILGUEIRA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 11.534, OAB/PE sob o nº 1014-A, OAB/RN sob o nº 689-A, com escritório profissional situado na Rua João Machado, nº. 553, Sala 314, Ed. Plaza Center - Centro, João Pessoa/PB, CEP 58.013-520, Fone: (83) 3222-5818 e-mail oletrizlima@hotmail.com, denominadas neste ato de **OUTORGADOS**, onde recebem as intimações judiciais e notificações extrajudiciais de estilo, a quem confere poderes para o foro em geral, com a cláusula “**AD – JUDICIA**”, bem como para pleitos “**EXTRAJUDICIAIS**”, a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos e quaisquer atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive, propor quaisquer ações, promover quaisquer medidas cautelares, defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente, em que a outorgante seja autora ou reclamante, e defendendo-a quando for ré, interessada ou requerida, podendo reclamar, impugnar, peticionar, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar, recusar, prescindir e substituir testemunhas, produzir provas, participar de audiências, arrazoarem processos, requerer vistas dos mesmos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromisso de inventariante, de renunciar, firmar compromissos, prestar declarações, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, inclusive podendo receber citação, intimações ou notificações, confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, renunciar ao direito sobre no qual se funde a ação, receber e dar quitação, podendo inclusive a outorgada endossar cheque, receber Alvará nominal a (o) outorgante, e para praticar todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa-PB, 02 de Maio 2018.


VINICIUS RODOLFO SILVA SOUZA
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE ESTADO DE POBREZA

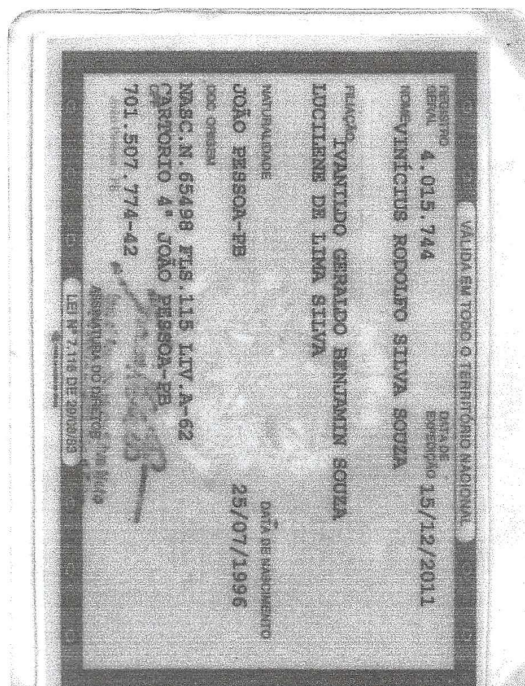
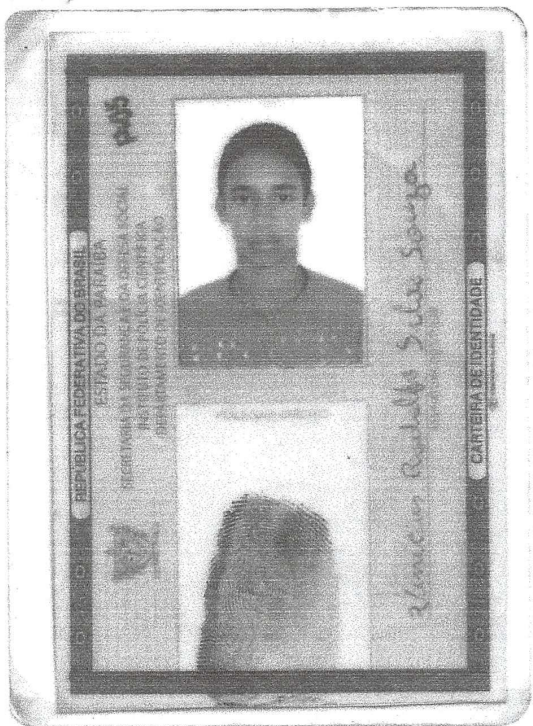
VINICIUS RODOLFO SILVA SOUZA, brasileiro, solteiro, auxiliar administrativo, portador do RG nº. 4.015.744 - SSP/PB e inscrito no CPF sob o nº 701.507.774-42, podendo ser intimado na Rua Professor Candido Sá Andrade- 268 A – Oitizeiro – Joao Pessoa - PB, CEP: 58.088-150, desejando obter os benefícios da “*Justiça Gratuita*”, declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz *jus* aos benefícios da gratuidade da Justiça.

João Pessoa, 02 de Maio de 2018.

x Vinicius Rodolfo Silva Souza

DECLARANTE





MARIA DE FATIMA DE LIMA SILVA
RUA PROF CARLOS SA ANDRADE, 263 - A. OITZEIRO
JOAO PESSOA - PB CEP: 56365-150 (A3)

Emissão: 19/03/2018 Referência: Mar/2018

Casa/Suíte: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA BR JOAO PESSOA

Ruário: 19-1-612-3555

Nº Med: 001 0001145307

ENERGISA PARA SA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Km 25 - Orla Recanto José Pessoa/PB - CEP: 51.600
CNPJ: 06.955.183/0001-40 - Ins. Est: 15.116.923-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 04.330.201
Cód. para Deb. Automático: 00012041133

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI

Mar / 2018

29/03/2018

30/04/2018

14126362487

Insc. Est

UC (Unidade Consumidora):

5/1204113-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 13.432, de 26 de abril de 2017.
- Furtos de energia e a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica até quem não faz o furto prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao roubo: troque o transformador da dengue zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
29/12/16	14752	29/03/18	14851	
Demonstrativo				
Qtd	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Atual
0601	Consumo até 20kW-VAR	30,000	0,235000	7,05
0601	Consumo - 31 a 100kW-VAR	29,000	0,408 00	11,83
0610	Subsídio	21,72	21,72 25	5,44
0601	CONTRIB SERV. LIM. P. U. LICA	0,74	0,00 0	0,00
0602	Devolução Subsídio	-15,47	0,00 0	0,00
TOTAL				
C.C. Carga de Classificação de Dem.		25,55	40,26	10,07
Média últimos meses (kWh)		95		

VENCIMENTO
06/04/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 25,55

Histórico de Consumo (kWh)

71	67	66	70	55	54	56	55	62	60	74	85
Mar/17	Abr/17	Maio/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18

87bf.592c.5168.9b63.5df3.5b43.9a36.75e9.

Indicadores de Qualidade

1/2018 - Museu

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
0,95	0,00	NOMINAL	220		
0,95	0,00	CONTRATADA	202		
0,95	0,00	LIMITE SUPERIOR	231		
Total			25,55	100,00	

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Bixa Renda, tendo um desconto de R\$ 15,47

Faturas em atraso

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

NO MEU NOME
VINICIUS RODOLFO SILVA SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
4015744 SSDS PB

CPF
701.507.774-42 DATA NASCIMENTO
25/07/1996

FUNÇÃO
IVANILDO GERALDO
BENJAMIN SOUZA
LUCILENE DE LIMA SILVA

PERMISSÃO ACC CATHAR
AB

Nº REGISTRO
06562626830 VALIDADE
28/07/2020 1ª HABILITAÇÃO
16/02/2016

OBSERVAÇÕES
EAR;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
18/12/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
21390606405
PB035923040

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1631721071
PROIBIDO PLASTIFICAR
1631721071





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01683.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01683.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:32 horas do dia 03 de setembro 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 **Vinicius Rodolfo Silva Souza**, CPF nº 701.507.774-42, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Atendente de Caixa, filho(a) de Lucilene de Lima Silva e Ivanildo Geraldo Benjamin Souza, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 25/07/1996 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Professor Cândido de Sá Andrade, Nº 268, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Colégio Cecília Meirelles, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99611-7075.

Dados do(s) Fatos:

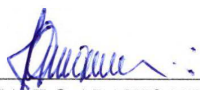
Local: Rua Professor Cândido de Sá Andrade, nº **, Colégio Cecília Meirelles, João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 14/04/18 11:12h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

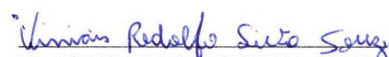
QUE o notificante trafegava com o veículo tipo motocicleta marca e modelo: HONDA/XRE 300, ANOM E MODELO:2013 de cor preta, placa: OGG 5296/PB, Chassi nº 9C2ND1110DR019111, registrado em nome do notificante; QUE segundo o mesmo seguia normalmente em sua mão, quando perdeu o controle do veículo, vindo a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1022/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 30.07.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 03 de setembro de 2018.



JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação



VINICIUS RODOLFO SILVA SOUZA
Notificante

Procedimento Policial: 01683.01.2018.1.00.420

1/1





Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT



Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

[A A A](/Pages/Acessibilidade.aspx)

[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)

[DEMO PEDIR INDENIZAÇÃO Teclado.aspx](/Pages/Atalhos-DEMO PEDIR INDENIZAÇÃO Teclado.aspx)

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

[Documentos Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)

[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de

SINISTRO 3180416938 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA VINICIUS RODOLFO SILVA SOUZA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Pi

BENEFICIÁRIO VINICIUS RODOLFO SILVA SOUZA

CPF/CNPJ: 70150777442

Posição em 25-09-2018 10:21:21

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/09/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
14/09/2018	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/api_key=2EUxO2SGR89AycdPswx__qynWtZ4xRfhoYG)

https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.as... 25/09/2018





SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 806/038, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2041932, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **VINICIUS RODOLFO SILVA SOUZA** idade 21 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 14/04/2018, na R. Prof. Cândido de Sá Andrade, Bairro: Oitizeiro - João Pessoa - aproximadamente às 11:12 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 26 de Junho de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto

Estatístico

CRF 5ª Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125





CERTIDÃO

Nº. 1022/2018

Atendendo solicitação de **VINICIUS RODOLFO SILVA SOUZA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 119967 de Prontuário de Nº 2018.04.002020 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 14/04/2018 às 12H15min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de tornozelo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 14/04/2018 com alta médica dia 25/04/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 30 de julho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde

CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA 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: 119967 Atd: Nao Regul
Data: 14/04/2018
Hora: 12:15:00
Recepcionista: JUSSARA MANUELA BENT
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: VINÍCIUS RODOLFO SILVA SOUZA Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2018.04.002020

CNS: 898004239514659 Sexo: M IDENTIDADE: 4015744 SSP PB Fone: 988844844

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 25/07/1996 Id: 21 ano(s)

End.: RUA PROFESSOR CANDIDO DE SA ANDRADE, 268*PROFISSÃO: CORRESPONDENTE BANCARIO

Bairro: OITIZEIRO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: LUCILENE DE LIMA SILVA

Pai: IVANILDO GERALDO BENJAMIN SOUZA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: BANCARIO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: SAMU+A MAE

Tel/Doc. Responsavel: 192 / SEM DOCUMENTO: SD

Residência: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QÜEDA DE MOTO (CONDUTOR) HA 01H

Vitima de violência por: *J.PLANALTO-PROX.COL.CECILIA MEIRELES

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

QÜEDA DE MOTO, COM TRAUMA NO MIE. NEGA TRAUMA NA CABECA.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de acidente de motocicleta, c/ epaate, apresentando dor cefálica e deformidade em MIE. Idade 15. Abolameter: BDN.

Diagnostico

Conduta

Calendário Vacinal Não sabe informar

1) Atendimento inicial
2) Rx + Avaliação da Ortop.
3) Alta da enfermeira Gene I

Prescrição

Horario da medicacao

Alergia: nega

Dipirona 1g + AD, EV, aqro - 13/20

Assinado eletronicamente
Téc. de Enfermagem
CONE/PPS 59236

Assinado eletronicamente
Téc. de Enfermagem
CONE/PPS 59236

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Vinício Roberto Siqueira</u>		Data da Admissão: <u>14/10/10</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: ____/____/____
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: ____/____/____	
QPD: <u>Presença em TAF</u>			
HDA: _____			
<u>Presença em TAF por ocorrência de lesão</u>			
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 [] Hematêmese [] 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-reposu [] 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, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Vinicius Roberto Silva</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>fa cistite e trz</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>e mudo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>He cistite e trz</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não		Descreva:			
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: Rx

Hipóteses Diagnósticas: Exatopista de tnx.

Conduta: A bloco

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

① Paciente em DDA sob gl. com

② Anest. + Anest. + Anest. de gl. + anest.

Incisão:

③ Anest. de gl. + anest. de gl. com anest. de gl. + anest. de gl.

Achados:

④ Paciente já de anest. de gl. + anest. de gl. + anest. de gl.

⑤ Paciente com anest. de gl. + anest. de gl. + anest. de gl.

⑥ Sutura de gl. + anest. de gl.

Condução:

⑦ Paciente com anest. de gl. + anest. de gl. + anest. de gl.

⑧ Sutura de gl. + anest. de gl.

⑨ Paciente com anest. de gl. + anest. de gl. + anest. de gl.

Fechamento:

OBS:

- Lesão de deltoide. Realizado sutura
pericrural. Lesão de gl. + anest. de gl.
de tubul anterior, realizado sutura pericrural e anest.

Data:

16/04/18

MÉDICO/CRM

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





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: VINICIUS RODOLFO SILVA SOUSA				PRONTUÁRIO N°	
IDADE 21A	SEXO F	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.:	LEITO.:
DATA DE ADMISSÃO: 14/04/2018		DATA DE ALTA: 25/04/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Tornozelo esquerdo</i>				CID <i>S82.5 + S82.6</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					

PRINCIPAIS EXAMES

Rx de tornozelo demonstrando fratura de tornozelo esquerdo

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO

COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDIÇÕES DE ALTA

(X) MELHORADO

() REMOVIDO

() A PEDIDO

() CURADO

()

ÓBITO

RESUMO CLÍNICO

(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de tornozelo esquerdo, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com limpeza cirúrgica + fixação interna e externa. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: *Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...*

REPOUSO:

Relativo em casa por **15** dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *cefalexina, aine e analgésico.*

RETORNO:

Ao posto de saúde em **21** dias.

Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **15** dias para revisão.

25/04/18

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

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





Poder Judiciário da Paraíba
16ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7)0859619-15.2018.8.15.2001

AUTOR: VINICIUS RODOLFO SILVA SOUZA

RÉU: BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS

Vistos, etc.

Defiro o pedido de Justiça Gratuita

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos.

João Pessoa/PB, 8 de novembro de 2018

