



PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL

OUTORGANTE: ADILSON JOSÉ DA SILVA, brasileiro, Casado, Pedreiro, portador da Cédula de Identidade nº:4.540.096 SSDS/PB, inscrito no CPF nº: 717.065.774-00, residente e domiciliado na Rua, Targino virgolino da silva, Nº 192, Apto 101, Mangabeira, João Pessoa/PB. Cep:58055-130. Fone:(83)98710-3262.

OUTORGADO: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 24.614, ambos com endereço profissional na Rua: professora Corina Maria Rabelo, nº 28 Bairro José Américo de Almeida -, na Cidade de João Pessoa/PB, 986434993.

PODERES: Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos do Outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive perante esta Douta Vara, propondo Ações competentes em que o Outorgante seja autor ou reclamante, defendendo-o quando for Réu, Interessado ou Requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar compromisso, prestar declarações, renunciar direitos, bem como substabelecer a presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, praticarem todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, ao qual dar como firme e valioso, enfim praticar todos os atos previstos no art.105 do Novo Código de Processo Civil com redação dada pela Lei nº 8.952 de 13.12.94 e art. 5º, § 2º da Lei n.º 8906, de 04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

CONTRATO: O Outorgante obriga-se a pagar ao outorgado, a título de verba honorária advocatícia remuneratória pelos serviços prestados, ora contratados, a importância de **30%**, calculados sobre o valor da causa, da condenação ou do acordo celebrado.

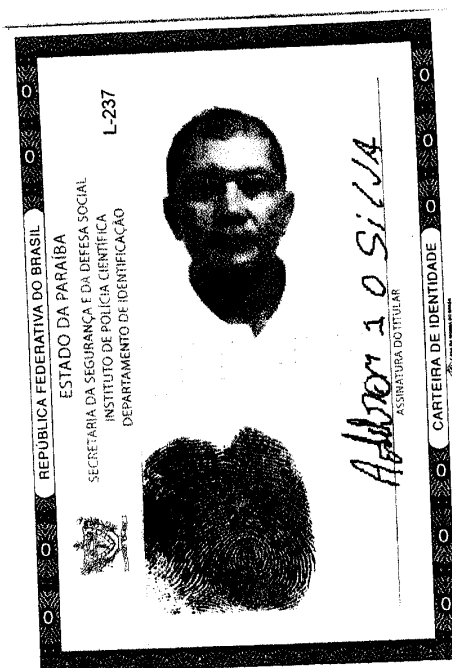
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS

A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei n.º 1.060/50, declara que é pobre na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial sem comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

João Pessoa/PB, 08 de Janeiro de 2019.

ADILSON J. DA SILVA
Outorgante/Declarante





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.540.096
DATA DE EXPEDIÇÃO	21/05/2018
NOME ADILSON JOSE DA SILVA	
FILIAÇÃO JOÃO VICENTE DA SILVA AMARA CELESTINA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
CORTES-PE	16/02/1970
DOC. ORIGEM CERT. CAS. Nº24282 - LIV.B-84 - FLS.126 - CARTORIO ITAQUAQUECETUBA-SP	
CPF	
717.065.774-00	
João Pessoa - PB	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.146 DE 29/08/83	
AB+	



MARIA DE FATIMA NICACIO PEREIRA
RUA TARGINO VIRGOLINO DA SILVA, 192 / AP 101 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58055-130 (A.D. 1)
Emissao: 14/11/2018 Referência: Nov / 2018
Classe/Sub-classe: RESIDENCIAL / RESIDENCIA - MONOFÁSICO B/230, Km 25 - Cristo Redentor - 58055-130 - Joao Pessoa / PB - CEP: 58071-630
Roteiro: 8 - 5 - 226 - 5780 Nº medidor: 00001252801



ENERGISA PARAIBA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.098.133/0001-40 - Insc. Est. 16.016.825-0
Nota Fiscal/Conte de Energia Elétrica Nº 015.538.690
Cód. para Dct. Automático: 00912464817

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 888 888

Contas em aberto	Apresentação	Data de vencimento	Valor devido
Nov / 2018	14/11/2018	13/12/2018	046.206,464-30

Endereço de contato

Consumo

Data	Leitura	Data	Leitura	Constante	Consumo					
18/10/18	10527	14/11/18	10632	1	105					
Data de leitura										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/	Valor Base Calc.	Aliq. (R\$)	Base Calc.	Pis (R\$)	Cofins (R\$)		
						Tributos Total (R\$) ICMS (R\$) ICMS (R\$) PIS/COFINS (R\$) (0,3440%) (4,3483%)				
0601	Consumo eletricidade kWh	105,300	0,844480	88,88	88,88	27	23,84	88,88	0,63	3,86
0601	Adic. B. Vermelha			3,98	3,98	27	1,07	3,98	0,04	0,17
0601	Adic. B. Amarela			0,75	0,75	27	2,20	0,75	0,01	0,03
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIB SERV ILUM PUBLICA			3,74	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 12/2018			0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 10/2018			2,19	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 10/2018			0,05	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL: 06,21 82,28 25,21 82,28 0,89 2,06

22/11/2018 R\$ 99,41

94 | 86 | 101 | 127 | 100 | 114 | 103 | 107 | 105 | 103 | 106 | 122
Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

Res. VADO

1e46.dbb.06f2.78ac.5360.e898.c316.38f9

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Aprovado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,18	0,00
DIC TRIMESTRAL	0,38	
DIC ANUAL	2,77	
FIC MENSAL	2,23	
FIC TRIMESTRAL	6,47	
FIC ANUAL	2,35	
DMIC	2,94	
DMIC	2,77	
NOMINAL 220		
CONTRATADA 202		
LIMITE INFERIOR 202		
LIMITE SUPERIOR 231		

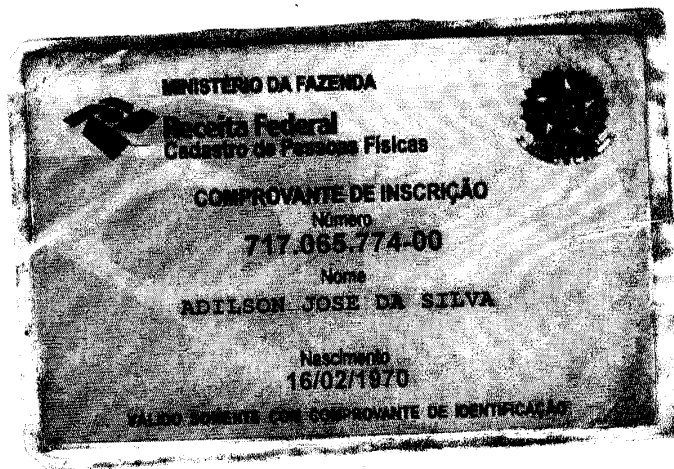
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PE	22,65	22,19
Compra de Energia	37,54	37,73
Serviço de Transmissão	3,43	3,43
Encargos Setoriais	5,22	5,26
Impostos Diretos e Encargos	36,17	36,38
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	99,41	100,00



PARAIBA

Roteiro: 8 - 5 - 226 - 5780
Matrícula: 1245461-2018-11-4
83640000000-3 99410149000-5 12454612018-7 11400005019-4







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00015.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00015.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:55 horas do dia 04 de janeiro 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 **Adilson José da Silva**, CPF nº 717.065.774-00, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Amara Celestina e João Vicente da Silva, natural de Cortes/PE, nascido(a) em 16/02/1970 (48 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Comerciante Alfredo Ferreira da Rocha, Nº 2485, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Espetinho do Tantino, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98695-2776.

Dados do(s) Fatos:

Local: Brasilino Alves da Nobrega, Mercadinho Raio de Sol, João Pessoa/PB, bairro Paratibe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/02/17 05:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPRAL NO TRÂNSITO.**

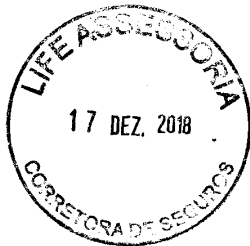
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE no dia 05/02/2017, por volta das 05:50 horas da manhã ao descer do coletivo e ao tentar atravessar de um lado para o outro da pista e no momento que atravessava foi atropelado por veículo tipo motocicleta, não lembrando a marca nem o tipo, bem, como não sabe dizer que era o condutor do veículo causador do acidente, que devido ao impacto se lesionou, mas que só procurou o médico cinco dias depois pois sentia muitas dores no ombro e no dedo polegar da mão direita, onde o mesmo foi até o complexo hospitalar de Mangabeira, conforme certidão nº 0778/2017, datado de 19/06/2017 conforme assinatura médica da vigilância à saúde CRM 3883 PB, que não quer representar criminalmente.

ADENDO(S):

Que na data 03/12/2018, à(s) 10:03 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE FOI ATROPELADO NO DIA 04/02/2017; QUE NESTE MESMO DIA FOI AO HOSPITAL ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO EM ANEXO; QUE ANTES DE RECEBER ALTA MÉDICA FOI EMBORA POR CONTA DA DEMORA NO ATENDIMENTO DAQUELE HOSPITAL; QUE CINCO DIAS APÓS, RETORNOU AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA ONDE FOI ATENDIDO E FICOU INTERNADO. . Adendo registrado por: José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula: 1550888.

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



Procedimento Policial: 00015.01.2018.1.00.420



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital

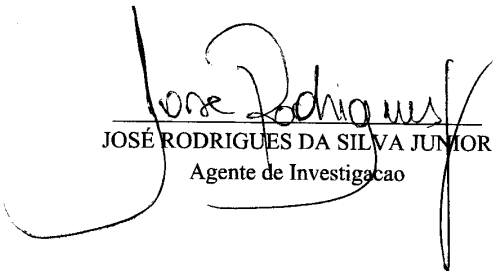


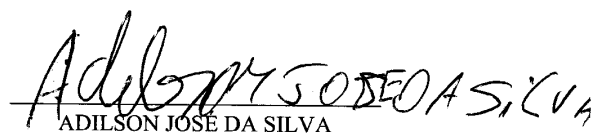
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 03 de dezembro de 2018.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR
Agente de Investigação


ADILSON JOSÉ DA SILVA
Noticiante

ESTA CERTIDÃO FOI EXPEDIDA NA **CENTRAL DE POLÍCIA CIVIL DE JOÃO PESSOA - SETOR DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA**, SENDO PRESERVADO O CABEÇALHO DA DELEGACIA ONDE O BO FORA ORIGINALMENTE REGISTRADO.



Procedimento Policial: 00015.01.2018.1.00.420

2/2



SINISTRO 3180592769 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ADILSON JOSE DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIFE**ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA****BENEFICIÁRIO** ADILSON JOSE DA SILVA**CPF/CNPJ:** 71706577400**Posição em 20-12-2018 11:19:25**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Atenção: a Seguradora Líder-DPVAT não possui acesso aos dados cadastrais do SINISTRO.

21/12/2018

R\$ 843,75

R\$ 0,00

R\$ 843,75





CERTIDÃO

Nº. 0778/2017

Atendendo solicitação de **ADILSON JOSÉ DA SILVA** e 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 5077 e Prontuário Nº 2017.02.000833 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 10/02/2017 às 13h04min, paciente vítima de acidente de moto, apresentando trauma em mão direita há mais ou menos cinco dias. Paciente retorna a esse serviço dia 09/03/17 as 07h26min, com ficha de atendimento nº 2063 e prontuário nº 2017.02.000833 necessitando de nova intervenção cirúrgica.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou fratura de Bennett direita. Realizado cirurgia dia 15/02/2017 e alta dia 22/02/2017. Novo procedimento cirúrgico dia 20/03/17 e alta dia 20/03/17.

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

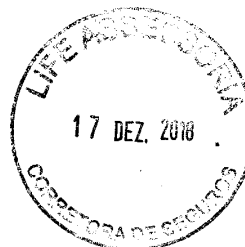
João Pessoa, 19 de Junho de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida

Médico

CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





CERTIDÃO

Nº. 1005/2018

Atendendo solicitação de **ADILSON JOSE DA SILVA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Prontuário de Nº 2017.02.000833 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 09/03/2017 às 07h26min, vítima de queda de moto há 40 dias, apresentando trauma em mão direita.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 1º metacarpo da mão direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 20/03/2017 com alta médica dia 20/03/2017.

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

João Pessoa, 24 de julho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Adilson José</u>		Data da Admissão: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Prontuário: <u> </u>	Idade: <u> </u>	Enfermaria: <u> </u>	Leito: <u> </u>
Nome da Mãe: <u> </u>			
Endereço: <u> </u>		Bairro: <u> </u>	
Cidade: <u> </u>	Estado: <u> </u>	Fone: <u> </u>	Profissão: <u> </u>
Sexo: F () M ()	Cor: <u> </u>	Estado Civil: <u> </u>	Religião: <u> </u>
Escolaridade: <u> </u>	Data de Nascimento <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		
JPD: <u>Do no 1º MTC D</u>			
HDA: <u>Paciente refere trauma contuso</u> <u>um acidente de moto no 3h</u> <u>com fr. de 1º MTC D</u> <u>sem fr. no tórax</u>			
Medicações em uso: <u> </u>			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso <u> </u> Kg em <u> </u> <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: <u> </u>			
Pele: <u> </u>			
Cabeça e Pescoço: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: <u> </u> Visão: <u> </u>			
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor <u> </u> <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema <u> </u> Outros: <u> </u>			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor <u> </u> <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: <u> </u>			
SME: <input type="checkbox"/> Dor <u> </u> <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposu <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
SN e PSQ: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <u> </u> <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor <u> </u>			

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ [] HTF

Cirurgias: _____

[] 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 = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

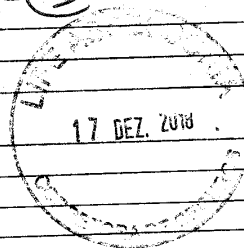
SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: FX base 1º MTC

Conduta: internamento

P/ no curativo.



HEFEITIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
UA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
8056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 5077 Atd: Nao Regu.
Data: 10/02/2017
Hora: 13:04:00
Recepcionista: CRISTIANE DE FRANCA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ADILSON JOSE DA SILVA

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2017.02.000833

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3857949 Fone: 986944191

Natural: CORTES/PE Data Nasc.: 16/02/1970 Id: 47 ano(s)

End.: RUA COMERCIANTE ALFREDO FERREIRA DA ROCHA - DE 999/1000 AO FIM, 8425

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mãe: AMARA CELESTINA

Pai: JOAO VICENTE DA SILVA

Raça: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PEDREIRO (FORA EXCECOES)

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Resp.: O MESMO

Rel/Doc. Responsavel: 986944191 / IDENTIDADE: 3857949

Residência: RESIDENCIA

Transporte utilizado: PCTE VEIO EM VEICULO DE TECEIROS

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tempo de Classificação de Risco:

FR: TP: Altura: IMC: Circ. Abd: O2%:

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispineia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Síntese Principal

TRAUMA EM MÃO D

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Trauma em mão D do 1º
5 dias cl oler e edema

Diagnostico

Conduta

Ev. base 5º MK

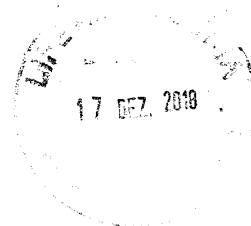
Inter. p/ No cirurgia

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. Daniel B. Cavalcante
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

Dr. Henrique



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: r: .2063 Atd: Nao Regul.
Data: 09/03/2017
Hora: 07:26:23
Recepcionista: CLEIDE SILVANIA SILV
Clinica: AMBULATORIO

DADOS DO PACIENTE

Nome: ADILSON JOSE DA SILVA

Num. de vezes atendido: 4

Num. Prontuario: 2017.02.000833

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3857949 Fone: 986944191

Natural: CORTES/PE Data Nasc.: 16/02/1970 Id: 47 ano(s)

End.: RUA COMERCIANTE ALFREDO FERREIRA DA ROCHA - DE 999/1000 AO FIM, 8425

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: AMARA CELESTINA

Pai: JOAO VICENTE DA SILVA

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PEDREIRO (FORA EXCECOES)

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Resp.: ADILSON JOSE DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 986944191 / IDENTIDADE: 3857949

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: DR LAERCIO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)



Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Adilson José</u>	Data da Admissão: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Prontuário: <u> </u>	Idade: <u> </u> Enfermaria: <u> </u> Leito: <u> </u>
Nome da Mãe: <u> </u>	
Endereço: <u> </u>	Bairro: <u> </u>
Cidade: <u> </u>	Estado: <u> </u> Fone: <u> </u> Profissão: <u> </u>
Sexo: F () M () Cor: <u> </u>	Estado Civil: <u> </u> Religião: <u> </u>
Escolaridade: <u> </u>	Data de Nascimento <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
JPD: <u>Do no 1º MTC D</u>	
HDA: <u>Paciente refere trauma contuso</u> <u>um acidente de moto no 3h</u> <u>com fr. base 1º MTC D</u> <u>sem fr. no tórax</u>	
Medicações em uso: <u> </u>	
Interrogatório Sintomatológico:	
 Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso <u> </u> Kg em <u> </u> <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: <u> </u>	
 Pele: <u> </u>	
 Cabeça e Pescoço: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia Audição: <u> </u> Visão: <u> </u>	
 AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor <u> </u> <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema <u> </u> Outros: <u> </u>	
 ABD: <input type="checkbox"/> Dor <u> </u> <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Mena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume	
 AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: <u> </u>	
 SME: <input type="checkbox"/> Dor <u> </u> <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposso <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos	
 SN e PSO: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor	

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ [] HTF

Cirurgias: _____

[] 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 = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Fx base 1º MTC*

Conduta: *internar*

P/ no curar



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <u>Saulo José do Sales</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO <u>M</u>	COR	CLÍNICA <u>Int</u>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <u>10/02/17</u>		DATA DE ALTA <u>22/02/17</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <u>Sx Bursite H/L AC</u>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <u>O mesmo</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <u>Rx 7 Ex. físico</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>7to curativos</u>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDICÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) <u>2010, 51 E.C., com um de</u> <u>meses de evolução</u>					
DIETA: <u>líquida</u>					
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA:					
RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.					
DATA <u>22/02/17</u>				ASS. MÉDICO / CRM <u>[Assinatura]</u>	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Adilson José de Ail</u>		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: <u>49</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u></u>	CLÍNICA: <u>DA TOPEIC 7</u>
DATA DE ADMISSÃO: <u>09.03.17</u>		DATA DE ALTA: <u>20.03.17</u>	TEMPO DE PERMANÊNCIA: <u>10 di</u>
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Enter 1º mte corpo plúvico</u>		CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO			
OUTROS DIAGNÓSTICOS			
PRINCIPAIS EXAMES			
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Retirada Fie K.C.</u>			
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA			
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO			

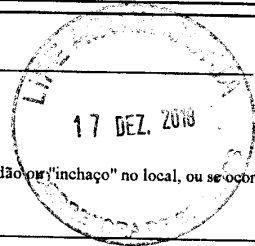
RESUMO CLÍNICO	(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
<u>Paciente com enter 1º mte corpo plúvico</u>	
<u>Retirada Fie K.C.</u>	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	
REPOUSO:	Relativo em casa por <u>30</u> dias.
	Retorno às atividades sem esforço físico em <u>45</u> dias.
	Retorno às atividades com esforço físico leve em <u>60</u> dias e com esforço maior em <u>90</u> dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA:	<u>ibuprofeno 600mg</u>

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do <u>Dr. e Sr. Netto</u> em 30 dias para revisão.

DATA	<u>20.03.17</u>
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar	
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	



Dr. Gerson P. Santos Netto
MÉDICO
RN 2498
ASS. MÉDICO / CRM





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Adilson José da Silva Data da Admissão: 09/10/2018
Prontuário: _____ Idade: 47 Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

OPD: Dor em tórax de 1 minuto

HDA: Paciente vítima de queda de motocicleta há 40 dias (ou -), já se recuperando. Há história de trauma de F10 de K. apresenta antebraço, punho e dor no tórax, necessitando para intervenção.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

ele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: 17 DEZ. 2018

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-reposso [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

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





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= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Ex foriet dx de mão direita.*Hipóteses Diagnósticas: *Fratura de 1º Metacarpo.*Conduta: *Internamento + tratamento cirúrgico. Dr. Lacerda.*



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

NAME: William Lee C
Siler

Religion Hindu

Fairly low but
 arrangement and
 subject of the
 change, on the
 subject of the
 subject of the
 for 90 (months)
 the

CIP-513.0

10/04/14

3.0
144

Dr. André Lopes Soares
Assistente Social e Traumatologia
Cirurgião Dentista
CRM 6180





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

Adilson José de

Silva

Relatório médico
Paciente em tratamento
avanzado de câncer de
cabeça e pescoço, com
metástase pulmonar, em
tratamento com quimio-
terapia, com dor aguda
permanente, em reabi-
litação física, com reabi-
litação funcional, com
tratamento cirúrgico
em 90 dias de
cirurgia

15/05/17

Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO



RECETOÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Adelino José da Silva

Neleto José da Silva

Paciente portador de sequelas
de AVC - Q62.3 / fratura
da perna, em tratamento
ortopédico neste serviço. Não
está de 60 dias / olesão
de reparo de sua estrutura
óssea.

Assinatura, 20/07/2017

Assinatura e Carimbo

Dr. Francisco Laércio Vieira Damasceno
Ortopedia Pediátrica
CRM-PB 3913

17 DEZ. 2017





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

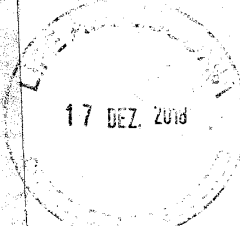
NOME: Adilson José da Silva

Relatório

Paciente com quadro
avermelhado de
to do corpo e
do o. Infecção
relatada na
obtenção de
toe por
relatada
por 90 (noventa) dias.
CIP: 5430
MZO.

28/08/17

Assinatura e Carimbo





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Adilson José da Silva

Protonis pedris

Paciente portador de CIDO-
S62-3, em tratamento
ortopédico neste serviço,
necessitando de 60 dias de
reparo de sua
atividade laborativa e
auxílio financeiro para
custos com necessitados
de vida diária.

J. Lima, 30/11/2017

Assinatura e Carimbo

Dr. Francisco Leão Vieira Damasceno
Ortopedia Pediátrica
CRM-PB 3913





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Adilson José da Silva Data da Admissão: 10/02/14
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
QPD: Dor + edema na (5)
HDA: Perda de peso e náusea (10)
em preparo de Bennett (10)
Dr. Helder
Medicações em uso: _____
Interrogatório Sintomatológico:
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso ____ Kg em ____ [] Prurido [] Sudores
[] 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
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náusea
[] 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-reposso [] Deformidade
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos
SN e PSO: [] 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.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *fratura Bennett D*

Conduta: *Interno p. do crânio*

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Incisão de Sobre

Achados:

Conduta:

Tratamento de fratura de fêmur do membro superior direito
Exposição de fratura com abordagem cirúrgica - clavicula
manuseio + redução 1/3 distal de clavicula
Redução de fratura distal de clavicula com 5,0 - abcesso
Redução distal de clavicula com 5,0 - abcesso
Redução de fratura distal de clavicula com 5,0 - abcesso
Redução de fratura distal de clavicula com 5,0 - abcesso

Sutura por planos

Limpeza

Fechamento:

Redução de fratura de clavicula
Redução de fratura de clavicula

OBS:

Data: 20/02/12

Dr. Daniel B. Cavalcante
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM 9248
MÉDICO/CRM

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





Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
CONVÊNIO TAMBÉM SUPORTE

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Adilson José da Silva

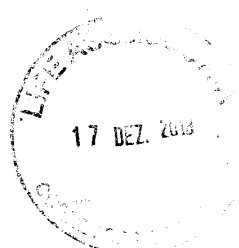
Martinho pedras

Paciente portador de crivo-
562-3, em tratamento
ortopédico com cirurgia,
prescritando de 60 comprimidos
de 100mg de paracetamol
para alívio da dor, com
aconselho financeiro para
custos com o tratamento
de volta ao trabalho.

J. Lucas, 30/11/2017

Assinatura e Carimbo

Dr. Ricardo Luiz de Faria Neto
Ortopedia Pediátrica
CRM-98 9913





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: _____

Leandro Múcio

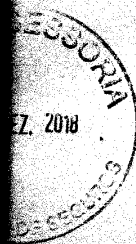
Declaro para os
órgãos que
o Sr. Anderson
filho do Sr. [illegible];
portador de LAR
após tratamento
cirúrgico, não
possui mais a lesão
proliferativa.

L.D. : 543.0
(LAR)

Assinatura e Carimbo

04.12.17











MUNICÍPIO DE JOAO PESSOA

HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 3170

Atd: Nao Regul.

Data: 04/02/2017

Hora: 10:39:50

Recepcionista: MARIA HELENA R. ALEX.

Clinica: ORTOPEDIA *Cirurgia*

DADOS DO PACIENTE

Nome: ADILSON JOSE DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.02.000833

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3857949 Fone: 986944191

Natural: CORTES/PE Data Nasc.: 16/02/1970 Id: 47 ano(s)

End.: RUA COMERCIANTE ALFREDO FERREIRA DA ROCHA - DE 999/1000 AO FIM, 8425

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: AMARA CELESTINA

Pai: JOAO VICENTE DA SILVA

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PEDREIRO (FORA EXCECOES)

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Resp.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: 0000 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: CARONA

Vitima de acidente por: VIT.DE ATROPELAMENTO P/MOTO AS 630H

Vitima de violência por: NA LADEIRA DO MANGABEIRA/VALENTINA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocho

[] Vomito

Observacao

Quarta Principal

Atropelamento

Ana Paula Carneiro
COREMPB 141583

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de atropelamento por moto há ± 1h. Apresenta edema e dor em polegar *D* + escoriações. Nega desmaio, vômito, EGR, consciente, orientado, eufórico, acianótico

Diagnostico

17 DEZ. 2016

Conduta

*dx de mão *D* (APe oblique)
Curativo
Avaliação da ortopedia
+ Alta da cirurgia.*

Prescrição

tx Benesolt

*Ho encaminhado
a 100m no consulto*

FATURADO

Dr. Keny Casimiro da Silva
Cirurgia Geral
CRM-PB: 8021

MUNICÍPIO DE JOAO PESSOA

GOV. TARCISIO BURITY

AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 3170

Atd: Nao Regul.

Data: 04/02/2017

Hora: 10:39:50

Recepcionista: MARIA HELENA R. ALEX.

Clinica: ORTOPEdia *Curugia*

DADOS DO PACIENTE

Nome: ADILSON JOSE DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.02.000833

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3857949 Fone: 986944191

Natural: CORTES/PE Data Nasc.: 16/02/1970 Id: 47 ano(s)

End.: RUA COMERCIANTE ALFREDO FERREIRA DA ROCHA - DE 999/1000 AO FIM, 8425

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: AMARA CELESTINA

Pai: JOAO VICENTE DA SILVA

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PEDREIRO (FORA EXCECOES)

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Resp.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: 0000 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: CARONA

Vitima de acidente por: VIT.DE ATROPELAMENTO P/MOTO AS 630H

Vitima de violência por: NA LADEIRA DO MANGABEIRA/VALENTINA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Choque

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

Atropelamento

Ana Paula Carneiro
COREMPB 141583

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de atropelamento por moto há ± 1h. Apresenta edema e dor em polegar D + escoriações. Nega desmaio, vômito, EGR, consciente, orientado, eupneico, acianótico

Diagnostico

17 DEZ 2016

Conduta

*dx de mão D (APe oblique)
Curativo
Avaliação da ortopedia
+ Alta da emergência.*

Prescrição

Ex Benesolt

*Ho curativo
1 - 100 mm x 100 mm*

FATURADO

Dr. Keny Casimiro da Silva
Clínica Geral
CRM-PB: 8021

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura)

Dr. Thales Ribeiro Pimenta Cagalo
Otorrinolaringologista
RBO 17562

17/01/2019 21:46:31

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

BR 0048
BR 0072
BR 00227

Reservado p/ liberaçao

Assinatura da Enfermagem

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

03020626





PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA



1ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

PROCESSO NÚMERO - 0800353-57.2019.8.15.2003

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM (7)

ASSUNTO(S): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: ADILSON JOSE DA SILVA

Advogado do(a) AUTOR: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - PB24614

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Advogado do(a) RÉU:

DESPACHO

Vistos.

Compulsando os autos verifico que não consta no processo, requerimento administrativo formulado ao Seguro DPVAT, condição que entendo necessária à demonstração do interesse de agir da parte autora, uma vez que, a princípio, não vislumbro pretensão resistida da Ré. Neste sentido, o Supremo Tribunal Federal, no julgamento do Recurso Extraordinário nº. 839.353/MA, de relatoria do Ministro Luiz Fux, firmou o entendimento, no sentido de que é necessário o prévio requerimento administrativo do Seguro DPVAT, como condição para o estabelecimento do exercício do direito de ação, compatível com o princípio do livre acesso ao Poder Judiciário, previsto no art. 5º, XXXV, da CF, in verbis:

RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. DPVAT. NECESSIDADE DE PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO. INEXISTÊNCIA DE INTERESSE DE AGIR. MATÉRIA COM REPERCUSSÃO GERAL JULGADA PELO PLENÁRIO DO STF NO RE 631.240. RECURSO DESPROVIDO. (Recurso Extraordinário 839.353 - Maranhão. Relator Min. Luiz Fux. Publicado no DJE nº 26, divulgado em 06/02/2015).

Desse modo, intime-se a parte autora para que, no prazo de 15 (quinze) dias, emende a inicial, apresentando a prova da negativa do pedido administrativo de DPVAT feito à seguradora, sob pena de extinção do feito sem julgamento do mérito, nos termos do parágrafo único do art. 321, do CPC.

P. I. Cumpra-se.



João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

Juiz de Direito



Petição em anexo.





**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA
REGIONAL DA COMARCA DE MANGABEIRA-PB**

Processo nº **0800353-57.2019.8.15.2003**

ADILSON JOSE DA SILVA, já qualificada nos autos da Ação de Indenização Seguro DPVAT, que move em face da **SEGURADORA LÍDER** por seu procurador subscrito, vem respeitosamente, à presença de Vossa Excelência requerer e expor:

Requerer a *mui* respeitosamente MM. Juiz, a juntada do requerimento administrativo (comprovante de pagamento administrativo), afim de instruir a Inicial.

Diante do exposto a presente juntada tem o escopo de instruir a presente demanda, pois desta forma será feita a mais Lídima Justiça, requerendo assim o prosseguimento do feito.

Termos em que,

Pede e Espera Deferimento.

Campina Grande, 27 de Março de 2019.

GERSON LUCIANO SANTOS NETTO
- Advogado - OAB/PB 24.614



SINISTRO 3180592769 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ADILSON JOSE DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIFE

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO ADILSON JOSE DA SILVA**CPF/CNPJ:** 71706577400**Posição em 20-12-2018 11:19:25**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Atenção: a Seguradora Líder-DPVAT não é responsável por danos materiais ou morais decorrentes de uso indevido dos dados.

21/12/2018

R\$ 843,75

R\$ 0,00

R\$ 843,75



1ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

PROCESSO NÚMERO - 0800353-57.2019.8.15.2003

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM (7)

ASSUNTO(S): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: ADILSON JOSE DA SILVA

Nome: ADILSON JOSE DA SILVA

Endereço: R TARGINO VIRGOLINO DA SILVA, 192, MANGABEIRA, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58055-130

Advogado do(a) AUTOR: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - PB24614

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Endereço: Edifício Citibank_**, 16 andar, Rua da Assembléia 100, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20011-904

Advogado do(a) RÉU:

DESPACHO

Vistos.

Compulsando-se os autos, observa-se que a parte autora requereu a gratuidade judiciária.

Sendo assim, **intime-se a parte autora** para, em quinze (15) dias, juntar a guia de custas, consoante §3º, do art. 1º, da PORTARIA CONJUNTA - TJPB/CORREGEDORIA-GERAL Nº 02/2018, de 28.11.2018, publicada no DJE de 29.11.2018.

Após, venham-me conclusos.

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.



[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

Juíza de Direito



1ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

PROCESSO NÚMERO - 0800353-57.2019.8.15.2003

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM (7)

ASSUNTO(S): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: ADILSON JOSE DA SILVA

Nome: ADILSON JOSE DA SILVA

Endereço: R TARGINO VIRGOLINO DA SILVA, 192, MANGABEIRA, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58055-130

Advogado do(a) AUTOR: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - PB24614

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Endereço: Edifício Citibank_**, 16 andar, Rua da Assembléia 100, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20011-904

Advogado do(a) RÉU:

DESPACHO

Vistos.

Compulsando-se os autos, observa-se que a parte autora requereu a gratuidade judiciária.

Sendo assim, **intime-se a parte autora** para, em quinze (15) dias, juntar a guia de custas, consoante §3º, do art. 1º, da PORTARIA CONJUNTA - TJPB/CORREGEDORIA-GERAL Nº 02/2018, de 28.11.2018, publicada no DJE de 29.11.2018.

Após, venham-me conclusos.

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.



[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

Juíza de Direito



Petição em anexo.



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba 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)			Número do boleto: 200.9.19.16129/01
			Data de emissão: 13/06/2019
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 30/06/2019
Número da guia: 200.2019.616129 Tipo da Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,41
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.008,20 - Taxa Judiciária: R\$ 189,84 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.211,39
			Desconto total: R\$ 0,00
866800000121 113909283187 520190630209 091916129017 			Valor final: R\$ 1.211,39

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba 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)			Número do boleto: 200.9.19.16129/01
			Data de emissão: 13/06/2019
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 30/06/2019
Número da guia: 200.2019.616129 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,41
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.008,20 - Taxa Judiciária: R\$ 189,84 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.211,39
			Desconto total: R\$ 0,00
866800000121 113909283187 520190630209 091916129017 			Valor final: R\$ 1.211,39

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba 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)			Número do boleto: 200.9.19.16129/01
			Data de emissão: 13/06/2019
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 30/06/2019
Número da guia: 200.2019.616129 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,41
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.008,20 - Taxa Judiciária: R\$ 189,84 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.211,39
			Desconto total: R\$ 0,00
866800000121 113909283187 520190630209 091916129017 			Valor final: R\$ 1.211,39





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

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 200.2019.616129

Data Vencimento: 30/06/2019

Data Emissão: 13/06/2019

Comarca: Joao Pessoa

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: ADILSON JOSE DA SILVA

Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Valor da Causa: R\$ 12.656,25

Despesas Processuais: R\$ 12,00

Custas: R\$ 1.008,20

Taxa: R\$ 189,84

Total da Guia: R\$ 1.210,04

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.





**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL
DO FORUM REGIONAL DE MANBAGEIRA COMARCA DE JOAO PESSOA-PB**

Processo nº 0800353-57.2019.8.15-2003

ADILSON JOSE DA SILVA, já qualificada nos autos da Ação em epígrafe, por seu procurador subscrito, vem respeitosamente, à presença de Vossa Excelência requerer e expor:

Requerer a mui respeitosamente MM. Juiz, a juntada do número da guia: das custas sob o nº 200.2019.616129, afim de instruir a Inicial.

Diante do exposto a presente juntada tem o escopo de instruir a presente demanda, pois desta forma será feita a mais Lídima Justiça, requerendo assim o prosseguimento do feito.

Termos em que,

Pede e Espera Deferimento.

Campina Grande, 13 de Junho de 2019.

GERSON LUCIANO SANTOS NETTO
- Advogado - OAB/PB 24.614





PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA



1ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

PROCESSO NÚMERO - 0800353-57.2019.8.15.2003

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: ADILSON JOSE DA SILVA

Advogado do(a) AUTOR: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - PB24614

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DESPACHO

Vistos.

Compulsando-se os autos, observa-se que a parte autora requereu os benefícios da justiça gratuita.

No caso dos autos, o autor é pedreiro e informou não dispor de condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios; já o valor das custas processuais (ID 22006718) é de R\$ 1.211,39 (um mil, duzentos e onze reais e trinta e nove centavos).

Com efeito, tal afirmação feita pelo promovente goza de presunção de veracidade e somente podem ser afastadas mediante prova inequívoca em contrário, o que inexistiu nos autos. Portanto, se mostra possível, no caso vertente, a concessão da assistência judiciária gratuita.

Assim, os elementos constantes nos autos demonstram condições pessoais suficientes para o deferimento da gratuidade judiciária ao suplicante, razão pela qual DEFIRO OS BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA à parte autora, nos termos do art. 98, do CPC.

Por outro lado, o art. 334, do CPC estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.



Em que pese o texto legal, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. Com efeito, a formação de uma pauta, ainda que de audiências de conciliação, implica no destacamento de material humano para a preparação do ato e a sua própria execução, o que pode atrasar o curso do processo.

No caso em tela, a realização imediata da audiência de conciliação tem grandes chances de se mostrar inócua. A parte autora busca no Judiciário a revisão do ato que deferiu em parte o pedido no âmbito extrajudicial, apenas rerepresentando a situação de fato ao juízo sem a complementação de provas, trazendo os mesmos exames já levados à perícia administrativa.

No que pese entendimento anterior, a experiência prática demonstra que as seguradoras não vêm realizando acordos em demandas congêneres, até mesmo quando se antecipa a produção da prova pericial, o que torna sem sentido a designação de audiência prévia de conciliação.

Por outro lado, ressalte-se que fazia sentido a designação de audiência prévia de conciliação quando, ante a realização da perícia médica, designada para a mesma data, com o grau de invalidez estabelecido no laudo respectivo, restava o feito com todos os elementos que possibilitariam a conciliação, prescindindo, inclusive, da formação do contraditório.

Assim, em razão da repetida informação, em audiências designadas em processos similares, de que as seguradoras não realizam mais acordos em audiência, independentemente do resultado da perícia ou de qualquer outro elemento, perdeu o sentido a designação prévia, sem que o processo esteja maduro para julgamento. Desta forma, ante a constatação fática da predisposição em não conciliar por parte das seguradoras, prudente que seja formado o contraditório, em obediência ao princípio da economia processual e, somente então, seja designada audiência, ocasião em que a perícia será realizada previamente, estando o processo apto a ser julgado.

Desta feita, cite-se a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344, do CPC.

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

Juíza de Direito

