



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.

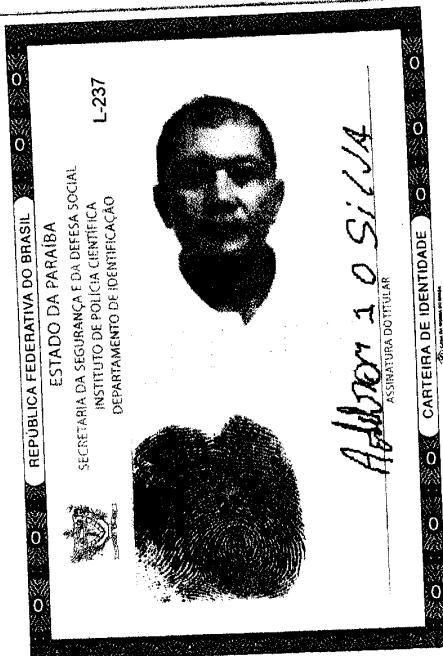
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS

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 CORTES-PE	DATA DE NASCIMENTO 16/02/1970
DOC ORIGEM CERT. CAS. N°24282 - LIV.B-84 - FLS.126 - CARTORIO ITAQUAQUECETUBA-SP	
CPF 717.065.774-00	
João Pessoa - PB	
ASSINATURA DO DIRETOR LEONARDO DE 29/08/83	
AB+	



MARIA DE FATIMA NICACIO PEREIRA
RUA TARGINO VIRGOLINO DA SILVA, 192, AP 101 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA / PB CEP 58065-130 AG. 1

Emissao: 14/11/2018 Referencia Nov / 2018
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL - MONOFASICO B1/200, Km25 - Custo Receptor: 5000 Pesos / PB - CEP: 58027-620
Roteiro: 8 - 5 - 226 - 5780 N° medidor: 00001252801

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 00.095.102/0001-40 Insc. Est: 16.015.223-0

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°015.539.590
Cód. para Dib. Automática: 0001246417

Atendimento via Gôlgota ENERGISA 0800 099 1000

Consulta Conta - Arquivo - Início - Consulta - API/ N
Nov / 2018 14/11/2018 13/12/2018 046.206.464-00
Insc. Est:

Detalhamento da Conta - Arquivo - Constante - Consumo

Data	Leratura	Data	Leratura	1	105	28
18/10/18	10527	14/11/18	10627			
CCI - Descrição	Quantidade	Tarifa/cf	Valor Base Calc.	Aliq. Icms(R\$)	Base Calc. PIS(R\$)	Base Calc. Cofins(R\$)
			Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	IPSCofins(R\$) (0,9440%) (4,3483%)
0601 Consumo em kWh	105.000	0,844460	88,88	88,88	27	23,84
0601 Adic. B. Vermelha			3,98	3,98	27	1,07
0601 Adic. B. Amarela			0,75	0,75	27	0,20
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807 CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			3,74	0,00	0	0,00
0804 JUROS DE VORA 10/2018			0,04	0,00	0	0,00
0805 VUL "A" 10/2018			2,18	0,00	0	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018			0,05	0,00	0	0,00

CCI - Código da Classificação do item - TOTAL 80,44 22,26 25,21 93,39 0,20 4,06

22/11/2018 R\$ 99,41

94 | 86 | 101 | 127 | 100 | 114 | 103 | 107 | 105 | 103 | 109 | 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: NADG - 2018

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

Indicadores de Desempenho - Consumo

Limite	Aporado	Limite de Tensão da ANEEL	Discriminação	Valor (R\$)	%
DI/ MENSAL	5,18	0,00	NOMINAL	220	
DI/ TRIMESTRAL	1,38				
DI/ ANUAL	20,77				
FI/ MENSAL	3,23	0,00	CONTRATADA		
FI/ TRIMESTRAL	6,47		LIMITE INFERIOR	202	
FI/ ANUAL	2,95		LIMITE SUPERIOR	231	
DMIC	2,94	0,00			
DI/ ANUAL	2,50				
Total				99,41	100,00

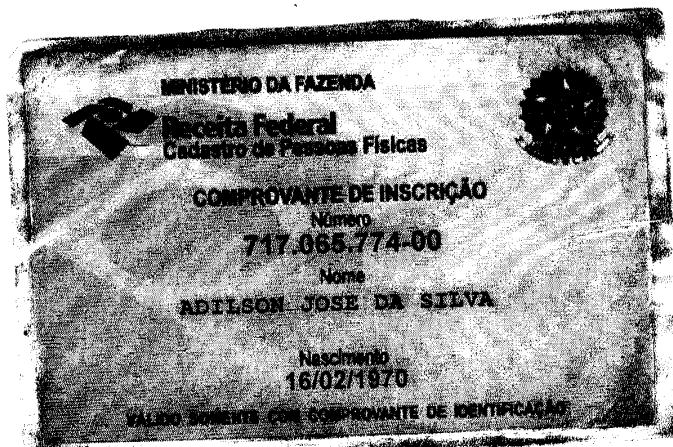


22/11/2018 R\$ 99,41
Roteiro: 8 - 5 - 226 - 5780
Matrícula: 1245461-2018-11-4
83640000000-3 99410149000-5 12454612018-7 11400005019-4



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 17/01/2019 21:46:25
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1901172140462170000018196758
Número do documento: 1901172140462170000018196758

Num. 18699733 - Pág. 2



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 Investigacao, 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 CORPORAL 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 Gouveia 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 MEDICA 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 Investigacao, 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



Procedimento Policial: 00015.01.2018.1.00.420

1/2



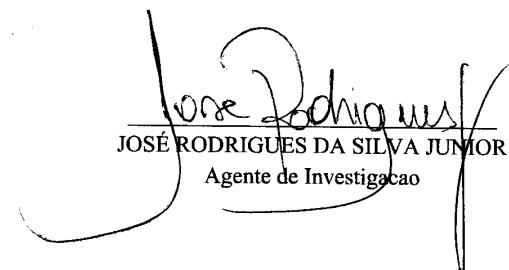
SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

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

João Pessoa/PB, 03 de dezembro de 2018.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigacao


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



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 17/01/2019 21:46:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19011721432451400000018196770>
Número do documento: 19011721432451400000018196770

Num. 18699745 - Pág. 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.

[Clique aqui para enviar e-mail para a Seguradora Líder-DPVAT](#)

21/12/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75
------------	------------	----------	------------

[Visualizar Detalhamento](#)





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 às 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, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 19 de Junho de 2017

Rosangela 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 Buriti, 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.

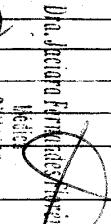
E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

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>Adeilson José</u>	Data da Admissão: <u>/ /</u>		
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____	Endereço: _____ Bairro: _____		
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Profissão: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Religião: _____
Escolaridade: _____	Data de Nascimento <u>/ /</u>		
QPD: <u>Dois no 1º NTC D</u>			
HDA: <u>Paciente refere náuseas e dores</u> <u>após consumo de alimento</u> <u>louco fixo no 1º NTC D</u> <u>nao agiu com humor</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <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: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoco: <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: _____ Visão: _____			
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Soluço <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: _____			
SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-repouso <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 <input type="checkbox"/> 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: _____ JHTFCirurgias: HAS DM TB JHEP 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: _____

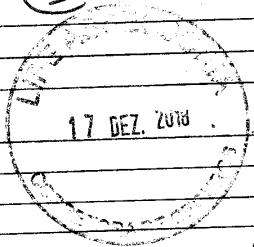
ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *FX bane 1º MTC ②*Conducta: *internar**pt no enjoco.*

SEDE DO 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: 5077 Atd: Nao Regu.
Data: 10/02/2017
Hora: 13:04:00
Repcionista: CRISTIANE DE FRANCA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ADILSON JOSE DA SILVA Num. de vezes atendido: 2
CNPJ: 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

Pai: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Localização: PEDREIRO (FORA EXCECOES)

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Resposta: O MESMO

Rel/Doc. Responsavel: 986944191 / IDENTIDADE: 3857949

Residencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: PCTE VEIO EM VEICULO DE TECEIROS

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

RE-CONSULTA

tipo de Classificação de Risco:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

FR: [] Aparentemente Bem [] Grave

TP: [] Politraumatizado [] Convulsao

es: Altura: [] Hemorragia [] Dispineia

olicemias: IMC: [] Diarreia [] Agitado

irc. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado

exa Principal: [] Vomito

Observacao

TRAUMA EM MODO

AN

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Traume em modo de dor +

5 dias c/ dor e edema

diagnóstico

Fract. base 5º MRC D

Conduta Interno f/ no entregar

Prescrição

Horario da medicacao

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

Dr. Henrique

17/02/2019

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: 2063 Atd: Nao Regul.
Data: 09/03/2017
Hora: 07:26:23
Repcionista: CLEIDE SILVANIA SILVA
Clinica: AMBULATORIO

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 4

Nome: ADILSON JOSE DA SILVA

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

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: PEDREIRO (FORA EXCECOES)

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ADILSON JOSE DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 986944191 / IDENTIDADE: 3857949

Residencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: DR LAERCIO

Vitima de violência por: NAO

[] 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

Glicemias:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

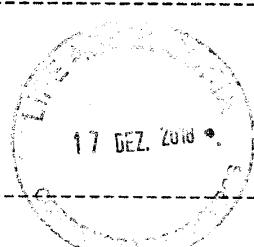
[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)



Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Aquilesou José Data da Admissão: 1/1/1

Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

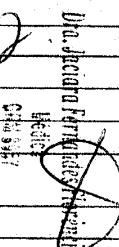
Sexo: F() M() Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/1

QPD: Dor no 1º MTC D

HDA: Paciente refere dores todos os dias
desde o dia 10 de outubro
doe fixo no 1º MTC D
mais forte nos últimos 2 dias

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 []Dispnéia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematuria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-repooso []Deforidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ HTFCirurgias: HAS DM TB HEP Dislipidemia Banho de Rio Casa de Taipa Trauma Neo Tabagismo _____ Alcoolismo _____ Alimentação _____

Exercício Físico: _____

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 (2)Conduta: internarP/ exames



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Adelmo José do Nascimento</i>				PRONTUÁRIO N°	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO

DATA DE ADMISSÃO *10/02/17* DATA DE ALTA *22/02/17* TEMPO DE PERMANÊNCIA

DIAGNÓSTICO INICIAL *Ex Bennett + LAC* CID

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO *O mesmo*

OUTROS DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAIS EXAMES *Rx + Ex. clínico*

PROCEDIMENTO REALIZADO: *Procurar pico*

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO F.O. SIM NÃO COLETA DE MATERIAL SIM NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDIÇÕES DE ALTA MELHORADO REMOVIDO A PEDIDO CURADO ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)
*2020, 21020, com um de
mão deslocada*

DIETA: *luzes*

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: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" 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.

22/02/17 DATA ASS. MÉDICO / CRM

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		PRONTUÁRIO N°			
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
47	M		DA Troposic 7	9	134
DATA DE ADMISSÃO	DATA DE ALTA	TEMPO DE PERMANÊNCIA			
09.03.17	20.03.17	10 dia - -			
DIAGNÓSTICO INICIAL					
Fratura 1º molar cuspide plana					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
PROCEDIMENTO REALIZADO:					
Retirada Fio K.c.					
TERAPÉUTICA 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, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)					
Paciente com fratura 1º molar cuspide plana 1º canino dente Retirada Fio K.c.					
DIETA:					
REPOUSO:	Relativo em casa por 30 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 15 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 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: Ibuprofeno 600mg					
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do Dr. _____ em 30 dias para revisão.				
DATA: 20.03.17					
ASINADO MÉDICO / CRM					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

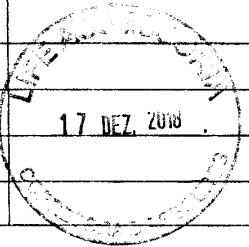
Nome: <u>Adriano José da Silva</u>	Data da Admissão: <u>09/10/2017</u>		
Prontuário: <u></u>	Idade: <u>47</u>	Enfermaria: <u></u>	Leito: <u></u>
Nome da Mãe: <u></u>	Endereço: <u></u>	Bairro: <u></u>	
Cidade: <u></u>	Estado: <u></u>	Fone: <u></u>	Profissão: <u></u>
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> Cor: <u></u>	Estado Civil: <u></u>	Religião: <u></u>	
Escolaridade: <u></u>	Data de Nascimento <u>/ /</u>		
QPD: <u>Ter um tiro de 1 metralhadora</u>			
HDA: <u>Paciente vítima de queda de motociclo no dia 10/10/2017, ferido na cabeça, tiro de arma de fogo de F10 de K. aparenta atordoado, perdeu os sentidos, necessitando para intervenção.</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 _____ Kg em _____ <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: _____			
Ele: _____			
Cabeça e Pescoco: <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: _____ Visão: <u>17 DEF. 2018</u>			
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor _____ <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 _____ Outros: _____			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Soluço <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"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposo <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 _____ <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.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Adriana Jaziz d sil	Registro:	
Idade: 47 Sexo: M Cor: Clínica: ORTOPEDICA	EMP: LR:	
Data: 20.03.17 Cirurgião: Dr. Lázaro	1º Assistente:	
2º Assistente:	3º Assistente:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Instrumentador:
Horário: I: T:		
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID
Enxa - 1º molar - Molar D com - zoli dolo		
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID
2 molar		
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO
- Retinal de 4 fios. F.C		
Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 (X) Não	Descreva: 
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 (X) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) 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= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: Exames Rx de Mão direita.Hipóteses Diagnósticas: Fratura de 1º metacarpal.Conduta: Internamento e tratamento imediato. Dr. Laerte.



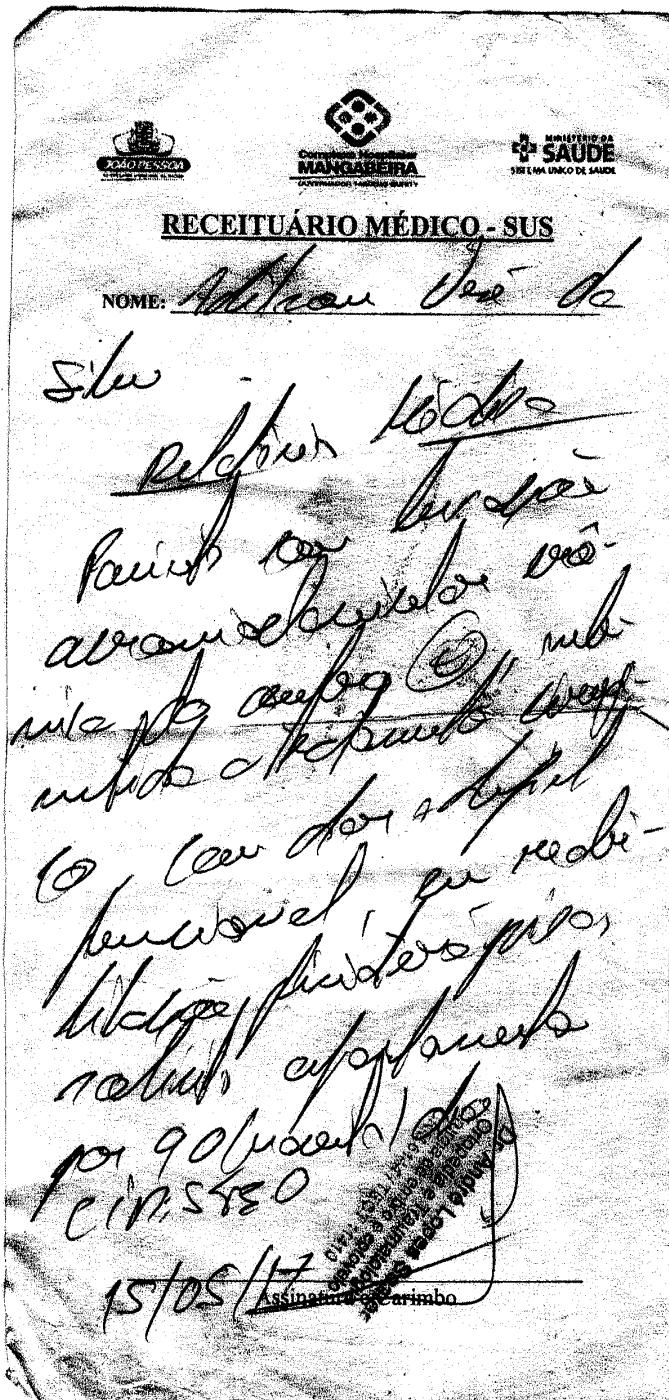
RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NAME: Adrian Lee
Sister
Relatives pedigree

Pauls van bezaa
aeromobiele amb
mobilis obsoekt
cruip, en dor
vinken freedom
vinken apink
van 90 (meech)
dan

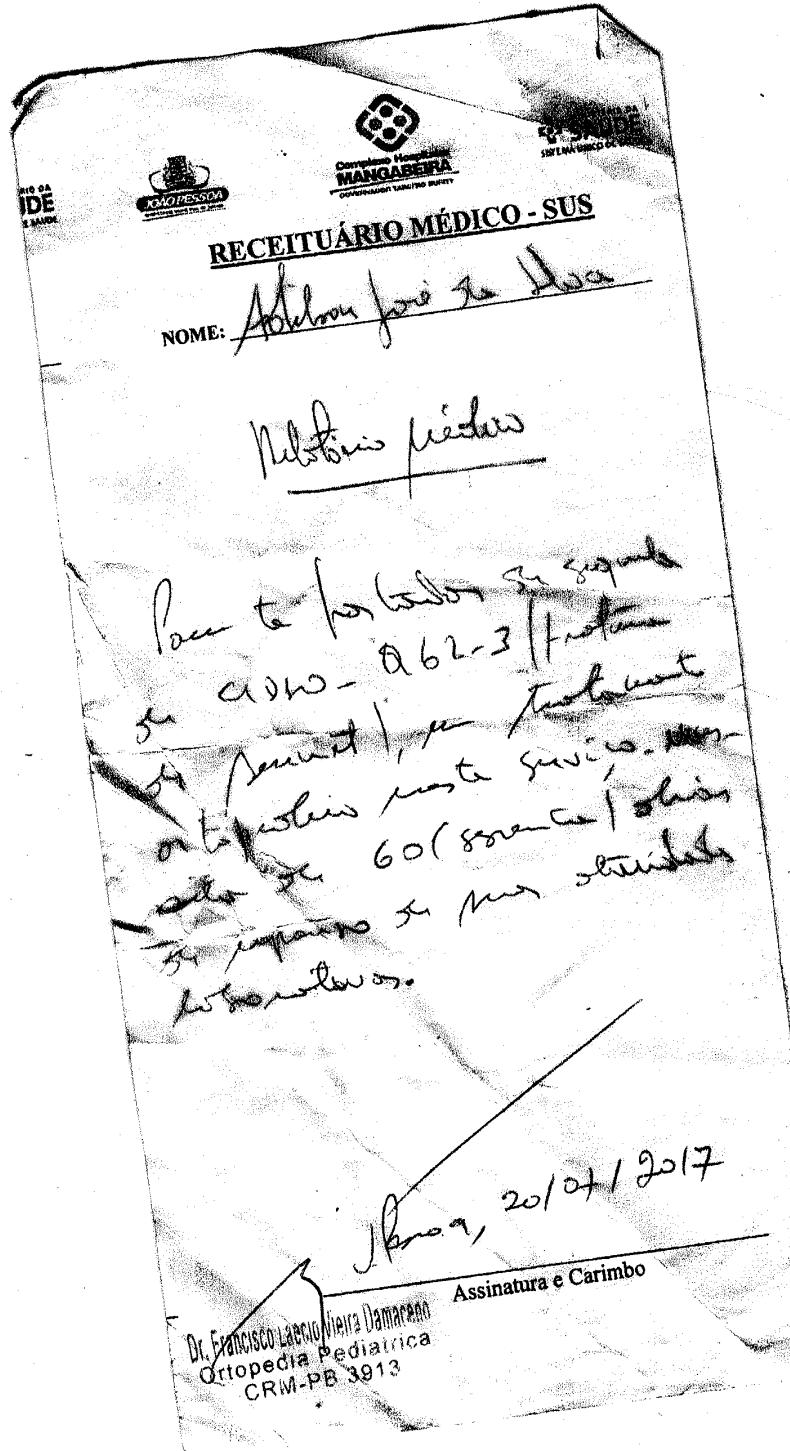
17.17.2015





17 DEZ. 2018









RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

 NOME: Adilson José da
Silva
pedócio Ledita

Paciente com lesão
 avascular de óni-
 ro de origem aberta
 do o trânsito except
 uando de 1000g
 obtem-se rebolha
 lesão purulenta
 dolorosa
 por 90% da sua
 CIP: 543.0
 MTS -
28/10/17

Assinatura e Carimbo
 Dr. André L. C. Carvalho
 Cirurgião-Dentista
 Odontólogo e Clínico Geral

17 DEZ. 2018





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Aelison José do Nascimento

Revisão médica

Paciente portador da ciross-
síndrome de Ehlers-Danlos
S62-3, em tratamento
ortopédico neste serviço,
previsto para 60 (sessenta)
meses de reposo da sua
articulação dombada e
outras funções para
centos dias necessários
devido ao seu problema.

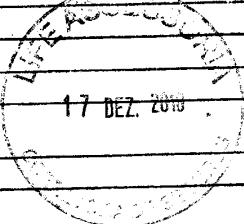
Conselho, 30/11/2017

Assinatura e Carimbo
Dr. Francisco Luciano Vieira Damatélio
Ortopedia Pediátrica
CRM-PB 3913





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Adilson José da Silva</u>				Data da Admissão: <u>10/02/14</u>
Prontuário:		Idade:	Enfermaria:	Leito:
Nome da Mãe:				
Endereço:		Bairro:		
Cidade:		Estado:	Fone:	Profissão:
Sexo: F () M ()		Cor:	Estado Civil:	Religião:
Escolaridade:		Data de Nascimento <u>/ /</u>		
QPD: <u>Dor f. dolor não (S)</u>				
HDA: <u>Percebo nenhuma dor de forma ex. nenhuma</u> <u>com fratura de Bennett (S)</u>				
<u>Jr. Helder</u>				
 <u>17 DEZ. 2010</u>				
Medicações em uso:				
Interrogatório Sintomatológico:				
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso <u> </u> Kg em <u> </u> []Prurido []Sudos				
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: <u> </u>				
Pele:				
Cabeca e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe				
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: <u> </u> Visão: <u> </u>				
AR e ACV: []Dor <u> </u> []Tosse []Expectoração []Hemoptise				
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema <u> </u> Outros: <u> </u>				
ABD: []Dor <u> </u> []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náusea				
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterite []Constipação []Aumento de volume				
AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria				
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: <u> </u>				
SME: []Dor <u> </u> []Rigidez pós-reposo []Deformidade				
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos				
SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade <u> </u>				
[]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: _____

JHAS JDM JTB JHEP JDislipidemia JBanho de Rio JCasa de Taipa JHTF

JTrauma JNeo JTabagismo _____

JAlcoolismo _____

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: _____

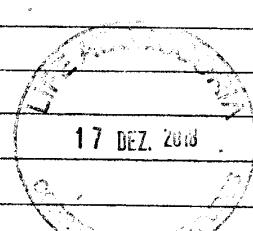
Hipóteses Diagnósticas: *Fratura Bennett*

Conduta: *Internar p/ Rx cirurgico*





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Adilson José da Silva</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP: _____	LR: _____
Data: 21/02/13	Cirurgião: <i>Dr. André Lopes</i>		2º Assistente: <i>Yara Telles</i>	1º Assistente: <i>Dr. Erico</i>	Instrumentador: _____
Anestesista: _____		3º Assistente: _____		Horário: I: _____ T: _____	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO <i>Frst. Clavícula (C)</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) <i>Tratamento crural</i>					
CÓDIGO					
					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (X) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (X) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) 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



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Extensão de Subcutânea

Achados:

Conduta:

Vérmeq ate expresso da fossa obturadora de L¹
Expressão de interdente avesso - clivada
remoção + ressecção 1/3 distal da clivada
Rimpa de fio Ethilon 2-0 nobreza
Estabilização final - clivada sua ranhura do
quadro coroa - avascular + fixa a clivada
Rimpa de fios de silk 3-0
Sutura por planos
Limpagem

Fechamento:

com fios

Reabilitação de clivada
Estabilização tipo M. T

OBS:

Data: 26/02/12

Dr. Daniel B. Cavalcante
MR Odontologia e Traumatologia
CRM PB 0218
MÉDICO/CRM





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Adilson José da Silveira</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>21/02/11</i>	Cirurgião: <i>Dr. André Lopes</i>	1º Assistente: <i>Dr. Exequias</i>			
2º Assistente: <i>Dr. Teixeira</i>	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário:	I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fract. Clavicular</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>Tratamento Cirúrgico</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (x) Não	Descreva:		
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (x) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (x) 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.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Entrada de Sobre

Achados:

Conduta:

Visagem abrindo exposição da face do braço
Exposição da articulação coraco-clavicular
menos dura + ressecção 4/3 distal da clavícula
Ranque de fixo Et-índ 5,0 sobre o osso
Realizado fêmur e clavícula para ranque de
ligamento coraco-ocoronal + fixado a clavícula
Ranque de fixo de sétima 7,5

Sobre por plástico

Limpador

Fechamento:

com fios

Re-adiagnóstico de abordagem

Estabilização tipo M. T

OBS:

Data: 21/02/12

Dr. Daniel B. Cavalcante
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 0248
MÉDICO/CRM

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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Feliciano José da Silva</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>21/02/18</i>	Cirurgião: <i>Dr. André Lopes</i>	1º Assistente: <i>Dr. Erico</i>			
2º Assistente: <i>Dr. Jair</i>	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário: I: T:		
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fract. Clavicular</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>Tratamento Cirúrgico</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (x) Não	Descreva:		
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (x) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (x) 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.



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Adriana Joice Souza

Mulheres gestantes

Paciente portadora de Câncer.
562-3 com metástase
ortopédica localizada,
mesorínquima. De 60 semanas
de gestação com 30
semanas de dilatação.
Anseias fúnebres para
continuar a vida e a vida
de vida plena.

30/11/2017

Assinatura e Carimbo

Dr. Gerson Santos
Ortopedista Pediátrico
CRM-PE 1113





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Luiz Henrique

Luiz Henrique
Oncólogo - Clínico Geral
O S7: Salicá
pe de 00 salicá;
periodos de 100
após notificação
deverá ser, nell
caso de efei-
tos adversos a proibição
de fumar é proibida

LID: 583.0
(LAR)

Assinatura e Carimbo

04.12.17

17 DEZ. 2018





Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 17/01/2019 21:46:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19011721441870600000018196779>
Número do documento: 19011721441870600000018196779

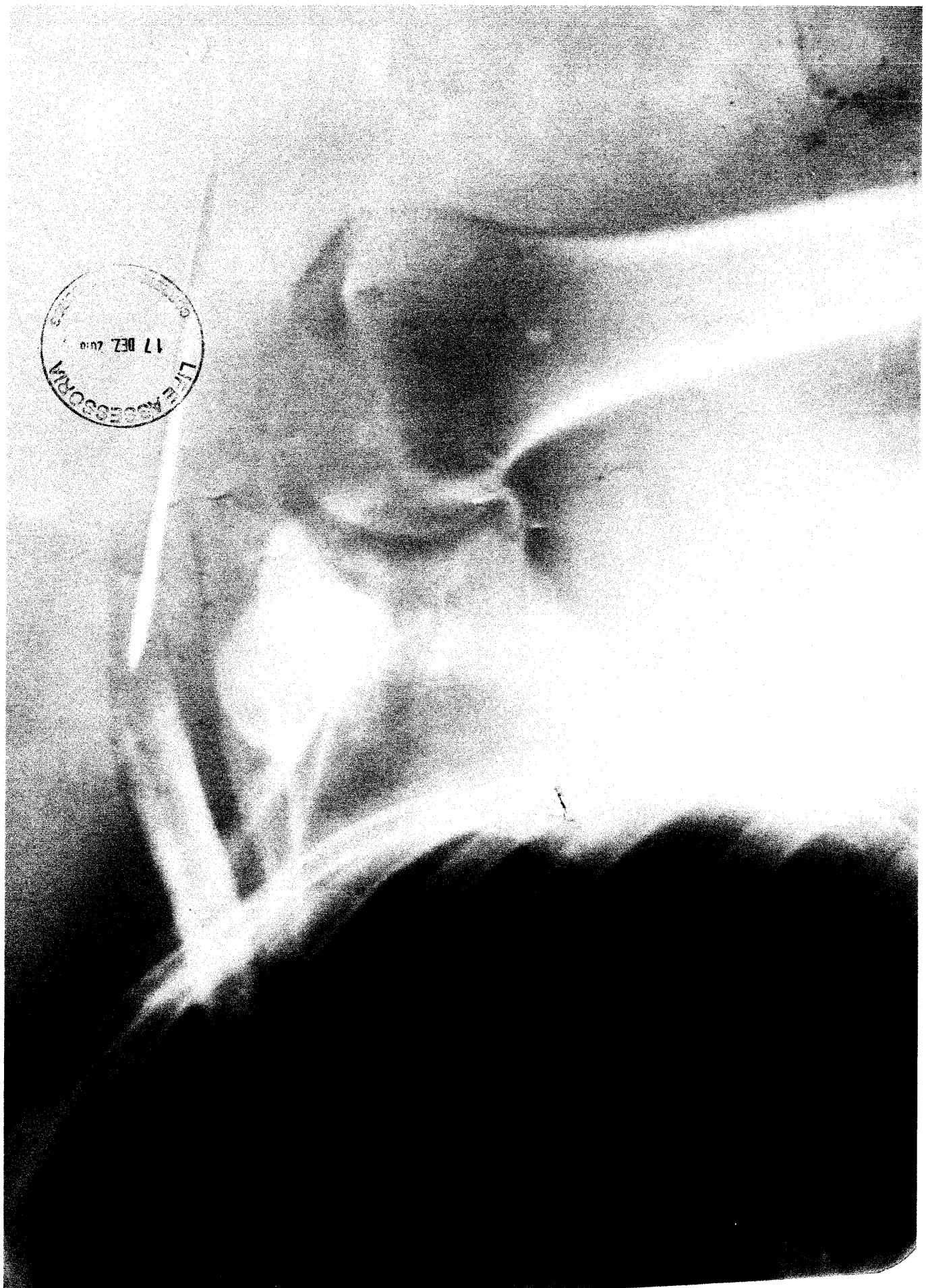
Num. 18699754 - Pág. 11



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 17/01/2019 21:46:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19011721445265300000018196785>
Número do documento: 19011721445265300000018196785

Num. 18699760 - Pág. 1





Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 17/01/2019 21:46:31
<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1901172144526530000018196785>
Número do documento: 1901172144526530000018196785

Num. 18699760 - Pág. 3

MUNICIPIO DE JOAO PESSOA
EX 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
Repcionista: MARIA HELENA R. ALEX.
Clinica: ORTOPEDIA Cirurgia

DADOS DO PACIENTE

Nome: ADILSON JOSE DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

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

Num. Prontuario: 2017.02.000833

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

Pré-Endencia: 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

Tipo de Classificação de Risco:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chegando
Qua. Principal		<input type="checkbox"/> Vomito
<i>Atropelamento</i>		Observacao

ana Paula Carneiro
COREMPB 141583

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente vítima de atropelamento por moto há + 1h. Apresenta edema e dor em polegar (D) + escoriações. Negó desmaio, vomito, EGR, consciente, orientado, eupnéico, acianótico

Diagnóstico

17 DEZ 2016

Conduta

Lx de mão (D) (ATP obliqua)
Curativo
Avulsação da ortopedia
+ Alta da cirurgia.

Prescrição

Rx Bleom

ao cirurgico
1-100 mg/100 ml

PATIFERADO

Dr. Kelly Carneiro da Silveira
Cirurgia Geral
CRM-PB: 8021

MUNICI-PAL DE JOAO PESSOA
JO 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
Repcionista: MARIA HELENA R. ALEX.
Clinica: ORTOPEDIA Cirurgia

DADOS DO PACIENTE

Nome: ADILSON JOSE DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

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

Num. Prontuario: 2017.02.000833

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

Pró-vedencia: 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

Tipo de Classificação de Risco:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chegando
Qua. Principal		<input type="checkbox"/> Vomito
<i>Atropelamento</i>		Observacao

Ana Paula Carneiro
COREMPB 141582

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de atropelamento por moto há ± 1h. Apresenta edema e dor em polegar (D) + escoraches. Nega desmaio, vomit EGR, consciente, orientado, eupnéico, acianótico

Diagnostico

17 DEZ. 2018

Conduta

*Rx de mão (D) (AP oblique)
Curativo
Avulvulaçao da ortopedia
+ Alta da cirurgia.*

Prescricao

Horario da medicacao

Rx Bluedot

1 - 100 mg/100 ml

FATURADO

*Dr. Kelly G. Carneiro da Silveira
Cirurgia Geral
CRM-PB: 8021*

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura)

D. Thales Ribeiro Peleto Cucelio
Ortopedia e Traumatologia
15038878 - FAX 7332

→ Haffie 04 (10)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

ESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

03040606





PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA

PJe
PROCESSO JUDICIAL
ELETRÔNICO

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.



Assinado eletronicamente por: MANOEL GONCALVES DANTAS DE ABRANTES - 18/01/2019 12:10:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19011812105105200000018200687>
Número do documento: 19011812105105200000018200687

Num. 18703846 - Pág. 1

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.

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



Assinado eletronicamente por: MANOEL GONCALVES DANTAS DE ABRANTES - 18/01/2019 12:10:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19011812105105200000018200687>
Número do documento: 19011812105105200000018200687

Num. 18703846 - Pág. 2

Petição em anexo.



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 27/03/2019 19:24:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032719244437900000019574055>
Número do documento: 19032719244437900000019574055

Num. 20121085 - Pág. 1



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

Processo n° **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**

Rua: Amaury Araújo Vasconcelos, nº890 –, Três Irmãs, Campina Grande – PB. CEP: 58424-715 Fones: (83) 996224381 / 986434993
E-mail: gerson-netto@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 27/03/2019 19:24:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032719240519600000019574069>
Número do documento: 19032719240519600000019574069

Num. 20121099 - Pág. 1

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.

[Clique aqui para enviar e-mail para a Seguradora Líder-DPVAT](#)

21/12/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75
------------	------------	----------	------------

[Visualizar Detalhamento](#)





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



Assinado eletronicamente por: LEILA CRISTIANI CORREIA DE FREITAS E SOUSA - 05/05/2019 17:45:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050516455624800000020254032>
Número do documento: 19050516455624800000020254032

Num. 20823293 - Pág. 2



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.



Assinado eletronicamente por: LEILA CRISTIANI CORREIA DE FREITAS E SOUSA - 05/05/2019 17:45:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050516455624800000020254032>
Número do documento: 19050516455624800000020254032

Num. 21531728 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: LEILA CRISTIANI CORREIA DE FREITAS E SOUSA - 05/05/2019 17:45:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050516455624800000020254032>
Número do documento: 19050516455624800000020254032

Num. 21531728 - Pág. 2

Petição em anexo.



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 13/06/2019 19:09:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061319094660400000021370039>
Número do documento: 19061319094660400000021370039

Num. 22006712 - Pág. 1

 <p>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</p>			<p>Número do boleto: 200.9.19.16129/01</p> <p>Data de emissão: 13/06/2019</p>
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - 7	<p>Data de vencimento: 30/06/2019</p>
Número da guia: 200.2019.616129 Tipo da Guia: Custas Prévias			<p>UFR vigente: R\$ 50,41</p>
Detalhamento: <ul style="list-style-type: none"> - Custas Processuais: R\$ 1.008,20 - Taxa Judiciária: R\$ 189,84 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35 			<p>Conta FEJPA: 1618-7228.039-6</p>
Observações: <ul style="list-style-type: none"> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo. 			<p>Parcela: 1/1</p>
<p>866800000121 113909283187 520190630209 091916129017</p> 			<p>Valor total: R\$ 1.211,39</p>
			<p>Desconto total: R\$ 0,00</p>
			<p>Valor final: R\$ 1.211,39</p>

 <p>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</p>			<p>Número do boleto: 200.9.19.16129/01</p> <p>Data de emissão: 13/06/2019</p>
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - 7	<p>Data de vencimento: 30/06/2019</p>
Número da guia: 200.2019.616129 Tipo de Guia: Custas Prévias			<p>UFR vigente: R\$ 50,41</p>
Detalhamento: <ul style="list-style-type: none"> - Custas Processuais: R\$ 1.008,20 - Taxa Judiciária: R\$ 189,84 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35 			<p>Conta FEJPA: 1618-7228.039-6</p>
Observações: <ul style="list-style-type: none"> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo. 			<p>Parcela: 1/1</p>
<p>866800000121 113909283187 520190630209 091916129017</p> 			<p>Valor total: R\$ 1.211,39</p>
			<p>Desconto total: R\$ 0,00</p>
			<p>Valor final: R\$ 1.211,39</p>

 <p>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</p>			<p>Número do boleto: 200.9.19.16129/01</p> <p>Data de emissão: 13/06/2019</p>
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - 7	<p>Data de vencimento: 30/06/2019</p>
Número da guia: 200.2019.616129 Tipo de Guia: Custas Prévias			<p>UFR vigente: R\$ 50,41</p>
Detalhamento: <ul style="list-style-type: none"> - Custas Processuais: R\$ 1.008,20 - Taxa Judiciária: R\$ 189,84 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35 			<p>Conta FEJPA: 1618-7228.039-6</p>
Observações: <ul style="list-style-type: none"> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo. 			<p>Parcela: 1/1</p>
<p>866800000121 113909283187 520190630209 091916129017</p> 			<p>Valor total: R\$ 1.211,39</p>
			<p>Desconto total: R\$ 0,00</p>
			<p>Valor final: R\$ 1.211,39</p>





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 PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 13/06/2019 19:10:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061319095622900000021370045>
Número do documento: 19061319095622900000021370045

Num. 22006718 - Pág. 2



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

Processo n° **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**

Rua: Amaury Araújo Vasconcelos, nº890 –, Três Irmãs, Campina Grande – PB. CEP: 58424-715 Fones: (83) 996224381 / 986434993
E-mail: gerson-netto@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 13/06/2019 19:09:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061319095052100000021370046>
Número do documento: 19061319095052100000021370046

Num. 22006719 - Pág. 1



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA

PJe
PROCESSO JUDICIAL
ELETRÔNICO

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.



Assinado eletronicamente por: CLAUDIA EVANGELINA CHIANCA FERREIRA DE FRANCA - 07/09/2019 11:25:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090515292134200000023408902>
Número do documento: 19090515292134200000023408902

Num. 24171192 - Pág. 1

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 inócuas. A parte autora busca no Judiciário a revisão do ato que deferiu em parte o pedido no âmbito extrajudicial, apenas reapresentando a situação de fato ao juiz 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



Assinado eletronicamente por: CLAUDIA EVANGELINA CHIANCA FERREIRA DE FRANCA - 07/09/2019 11:25:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090515292134200000023408902>
Número do documento: 19090515292134200000023408902

Num. 24171192 - Pág. 2