



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 02/2018

Ocorrência nº. 292/2018

Aos DEZESEIS dias de OUTUBRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de ARARUNA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JOACIL DE LIMA MOREIRA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 15h:45min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

JAILSON SABINO, conhecido(a) por JAILSON, Identidade nº 2910536-SSP/PB, CPF nº 067.302.894-14, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Jorge Sabino Conceição, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 12/10/1982 (35 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Bernardo, Rua projetada, tendo como ponto de referência: Antiga alpargatas, na cidade de Araruna/PB, fone(s) para contato: 99947-9100.

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

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 23 de fevereiro de 2018;
- 3) **Horário do fato:** 20h:0min;
- 4) **Local do fato:** Sítio Bernardo;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** NÃO;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** ;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?**
- 6) **Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

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

Francisco Railton- Sítio Mata Velha, Araruna/PB  
Jorge Sabino-Sítio Bernardo, Araruna/PB

**8) Breve resumo do fato:**

QUE no dia 23 de fevereiro de 2018 por volta das 20 horas o noticiante caminhava nas imediações da loja de peças PMP; QUE atravessar a pista indo em direção a sua casa no endereço supracitado foi atropelado por uma motocicleta; QUE da batida foi lançado há alguns metros de distância; QUE o motociclista evadiu-se do local dificultando a identificação da motocicleta; QUE o noticiante foi socorrido pelo SAMU de Araruna e encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena; QUE o noticiante sofreu fraturas de acordo com o laudo em anexo; QUE procurou esta DP para registrar o fato.

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

JAILSON SABINO  
Comunicante

Escrevã(o)/Agente  
Matrícula nº 168.474-4

Modelo\_Delegado\_ILAMILTO





## CERTIDÃO

Nº. 0678/2018

Atendendo solicitação de **JAILSON SABINO** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº105734, e Prontuário de Nº 2018.02.003517 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 24/02/2018 às 23H28min, apresentando trauma em perna direita.

Submetido á avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de pilão tibial direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 07/03/2018 com alta médica dia 10/03/2018.

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

João Pessoa, 08 de maio de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883





Emissão: 23/05/2019 Referência: Mai/2019 ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br250, Km 25 - Canto Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680  
 Potência: 13-62-163-1655 Nº medidor: 00028907338 CNPJ 08.056.183/0001-42 - Ins. Est. 16.315.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 006 864 641  
Cód. para Déb. Automático: 00015494593

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2018	23/05/2018	22/06/2018	3386263445 mac Est.

**UC (Unidade Consumidora):** 5/1549469-3

### Canal de contato

Basta o aplicativo Energia ON em qualquer smartphone ou tablet. Você terá acesso à segunda via da conta, mudanças de titularidade, informações sobre falta de energia e diversos outros serviços. Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite essas facilidades.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
23/04/18	250	23/05/18	321	1	71	30
<b>Demonstrativo</b>						
CC	Descrição	Quantidade Tardia/	Valor Base Calc. A/c	Consumo (R\$) Base Calc. Pa (R\$)	Definido (R\$)	
		Tributos Totais (R\$) / ICMS (R\$) / IPI (R\$)				
0801	Consumo em kWh	71,000 0 631470	48,08	48,08 25	12,27	48,08 0,30
0801	Adic. B. Amarela		0,78	0,78 25	0,19	0,78 0,00
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>						
0907	CONTRIB. ILM. PÚBLICA		1,48	0,00 0	0,00	0,00 0,00
0904	JUROS DE MORA 04/2018		0,04	0,00 0	0,00	0,00 0,00
0905	MULTA 04/2018		1,28	0,00 3	0,00	0,00 0,00
CC - Código de Classificação do Item		TOTAL	52,58	48,85	12,46	48,85 0,30

CCT Código de Classificação do Item	TOTAL	52,58	46,95	12,48	49,86	0,30	1,42
-------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh)	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>
48	<b>30/05/2018</b>	<b>R\$ 52,58</b>

Histórico de Consumo (kWh)

65	55	54	55	55	30	30	31	41	41	46	50
May/17	Jun/17	Jul/17	Aug/17	Sep/17	Oct/17	Nov/17	Dec/17	Jan/18	Feb/18	Mar/18	Apr/18

aea0.03e9.d2f6.30f8.cb04.7639.d930.08ff.

Indicadores de Qualidade		3/2015 - Paraná	
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DI Mensual	11,94	0,00	NOMINAL
DI TRIMESTRAL	23,39		
DI ANUAL	47,79		
PI Mensual	7,74	0,00	CONTRATADA
PI TRIMESTRAL	15,42		LIMITE INFERIOR
PI ANUAL	30,89		LIMITE SUPERIOR
CIPI	8,26	0,00	
CIPI	16,50		

### Composição do Consumo

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PE	13,39	25,44
Compra de Energia	16,53	31,44
Serviço de Transmissão	2,25	3,90
Encargos Setoriais	3,11	5,06
Impostos Diretos e Encargos	16,51	32,16
Outros	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>52,58</b>	<b>100,00</b>

Valor do EUSD (Ref 3/2018) R\$ 12,72

## ATENÇÃO

- Letura confirmada

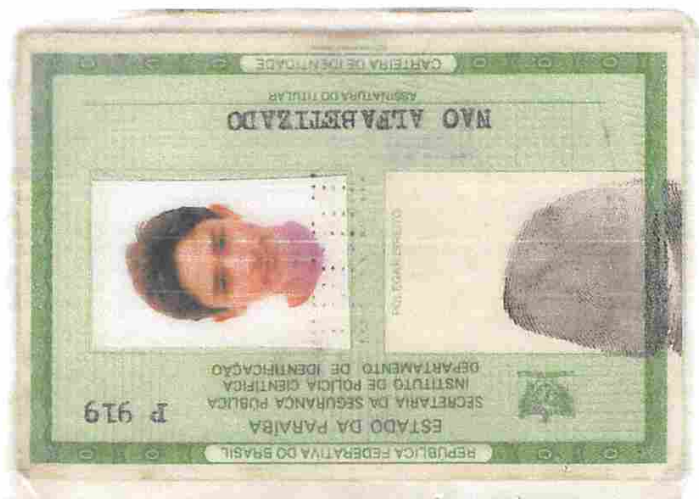
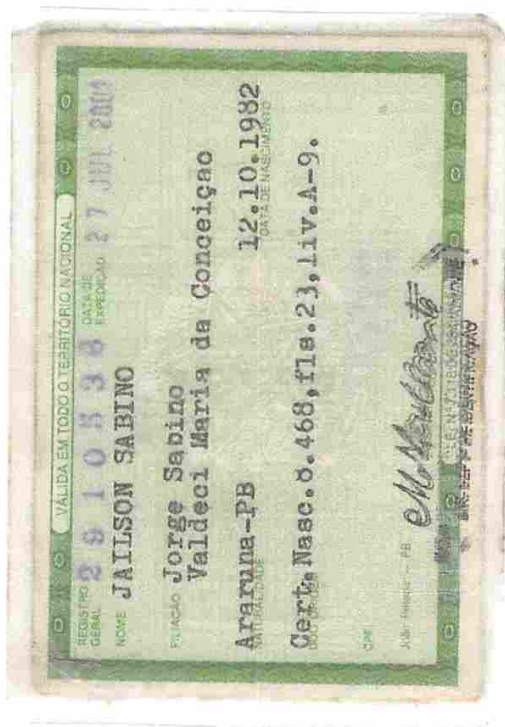
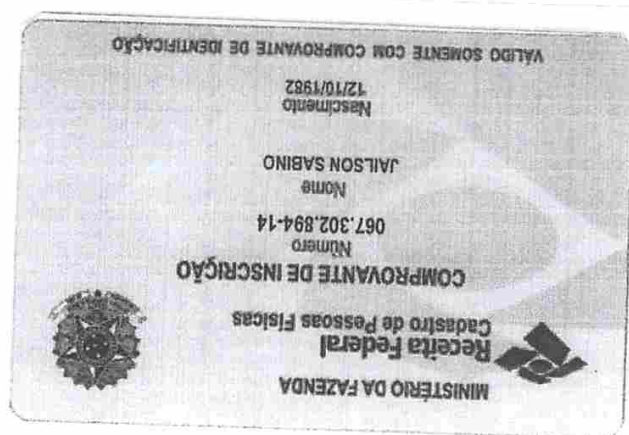
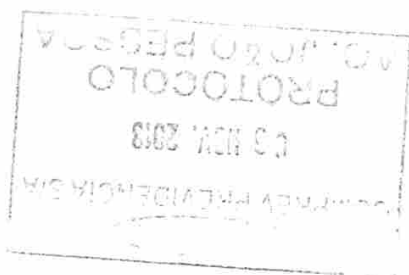
## Faturas em atraso



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 21/11/2019 17:06:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112117060926600000025524920>  
 Número do documento: 19112117060926600000025524920

Num. 26427694 - Pág. 1





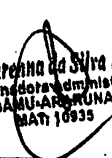


PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUNA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

DECLARACAO

Declaro para os fins de direito que o paciente o  
Sr.(a) Wilson Siqueira portador do RG nº 2930536, inscrito no CPF nº 067.302.894-14, com Cartão  
Nacional de Saúde (CNS) nº 00000000000000000000, residente na rua  
Quilômetro 10, Rodovia da Serra, nº 511, no município de  
Araruna, foi atendido por esse serviço de saúde (Serviço Atendimento Móvel de  
Urgência SAMU/Araruna/PB), no dia 22 / 02 / 18 as 20:00, pela equipe  
composta pelo médico o sr(a) Lucio, Enfermeira a Sr(a)  
Lucia, técnica de enfermagem a Sr(a) Tatiana e  
condutor o Sr(a) Wilson; vítima de atropelamento  
Desde já agradecemos a atenção e nos colocamos a disposição para quaisquer  
esclarecimento, se necessário.

Araruna/PB 17 / 10 / 18;

  
Thais Laureana da Silva Ferrelra  
Coordenadora Administrativa  
SAMU-ARARUNA  
MAT 10935

Diretor Administrativo



**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: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura peloso ilíaco*Conduta: *Internamente*

Dr. Edson D. Tinoco  
ORFOLIA E TRAUMATOLOGIA  
ORFOLIA E MICROQUIRURGIA  
Cruzeiro 7162

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





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>SAILSON LARINO</u>		Data da Admissão: <u>25/02/18</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: ____/____/____	
QPD: <u>Exaturo Pélao Gabriel D.</u>			
HDA: <u>Enfermeiro de</u> <u>Exaturo com Exaturo</u> <u>Pélao Gabriel D.</u>			
Medicações em uso: _____			
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>			
<b>Geral:</b> [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso ____ Kg em ____ [ ] Prurido [ ] Sudorese [ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: _____			
<b>Pele:</b> _____			
<b>Cabeça e Pescoço:</b> [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe [ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
<b>AR e ACV:</b> [ ] Dor _____ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise [ ] Dispnéia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema _____ Outros: _____			
<b>ABD:</b> [ ] Dor _____ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas [ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume			
<b>AGU:</b> [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: _____			
<b>SME:</b> [ ] Dor _____ [ ] Rigidez pós-reposso [ ] Deformidades [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos			
<b>SN e PSO:</b> [ ] 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.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
CÓMPLEXO 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: 105734 Atd: Nao Regulado  
Data: 24/02/2018  
Hora: 23:28:44  
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES DE  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JAILSON SABINO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.02.003517

CNS: SEM CNS Sexo: M CARTAO SUS: 162361727580005 Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/10/1982 Id: 35 ano(s)

End.: SITIO/ MATA VELHA, 0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: ARARUNA UF: PB

Mae: VALDECI MARIA DA CONCEICAO

Pai: NAO INFORMADO

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JAILSON SABINO

Tel/Doc. Responsavel: 0 / CARTAO SUS: 162361727580005

Procedencia: HOSPITAL DE TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Queixa Principal

Observacao

PACT: NAO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Exame físico do paciente por  
Herika Coeli da Silva Clementino, (Fechado)  
CD: Internamento e cirurgia

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

Dr. Herika Coeli da Silva Clementino  
Ortopedia e Traumatologia  
Clínica e Cirurgia



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

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



## Guia de Encaminhamento Externo

### Dados do paciente

Nome JAILSON SABINO				CNS 162361727580005		Prontuário	
Data de Nascimento 12/10/1982	Idade 35A 4M 12D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe VALDECI MARIA DA CONCEICAO				Nome do Pai JORGE SABINO			
Endereço MATA VELHA				Bairro ZONA RURAL			Cep 58233000
Município ARARUNA - PB				Telefone Residencial		Telefone Celular ( 83 ) 900000000	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				CNES 2593262		Telefone ( 83 ) 32165700	

### Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Resultado de exames complementares		
CID M79.6	Data de encaminhamento 24/02/2018 09:24:51	Assinatura e carimbo do profissional João Henrique Pomaró Oftalmologista CRM 41.521 / TEOT 13274

Assinatura e carimbo do profissional

# OFTALMOLOGIA : 18:00 - 24/02/18

Obs: Paciente já recebeu alta no prontuário eletrônico.  
Vítima de atropelamento, apresentando edema + equimose importante em pálpebra superior. globo ocular íntegro:  
Ecatescopia (avaliado na maca): conjuntiva calma, córnea transparente pupila regular e fotoreagente, CR.

Nega BAV. AVL S/C CO.

Ed: Alta da Oftalmologia d orientações. (Compressas gela-  
Retorno m notar Baixa da acuidade visual. das

Carimbo do profissional  
Oftalmologista  
CRM 41.521 / TEOT 13274





Nome: <i>Jailson Sabino</i>				Registro:	
Idade: <i>35 a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>07/03/2018</i>			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Enéas Bessa (R1)</i>		
3º Assistente: <i>Aníbal</i>			Instrumentador:		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<i>Fratura do Píleo Tibial Direito</i>				<i>S82.3</i>	
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<i>O mesmo</i>					
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>				<b>CÓDIGO</b>	
<i>Osteossíntese de Fratura do Píleo Tibial e Fíbula</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
<b>Posição e Preparo:</b>
<i>Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</i>
<i>Assepsia + Antissepsia</i>
<i>Aposição de campos cirúrgicos estéreis</i>
<b>Incisão:</b>
<i>Incisão em 1/3 distal de osso da perna direita e face lateral de tornozelo direito</i>
<i>Dissecção por planos</i>
<i>Hemostasia com eletrocautério</i>
<b>Achados:</b>
<i>Visualização de foco de fratura da tíbia e fibula distal</i>
<b>Conduta:</b>
<i>Realizada manobra de redução sob uso de intensificador de imagem</i>
<i>Aposição de 01 placa em trevo Ø 4.5mm</i>
<i>Aposição de 02 parafusos esponjosos Ø 4.5mm</i>
<i>Aposição de 04 parafusos corticais Ø 4.5mm</i>
<i>Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%</i>
<i>Realizado RX controle</i>
<i>Aposição de 01 placa em 1/3 tubular Ø 3.5mm</i>
<i>Aposição de 03 parafusos corticais Ø 3.5mm proximais ao foco</i>
<i>Aposição de 03 parafusos corticais Ø 3.5mm distais ao foco</i>
<b>Fechamento:</b>
<i>Fechamento de planos</i>
<i>Curativo</i>
<i>Tala bota gessada</i>
<b>OBS:</b>

Data: 07, 03, 18

Dr. Alexandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 8128 SBT 9803  
MÉDICO/CRM

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



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Jailson Sabino</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>35 anos</i>	SEXO <i>Mas</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>24/02/2018</i>		DATA DE ALTA <i>10/03/2018</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>14 dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Píleo Tibial Direito</i>				CID <i>S82.3</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea da tibia e fibula distal</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )					
ÓBITO					
<b>RESUMO CLÍNICO</b> (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de fratura do píleo tibial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução aberta e fixação interna. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombolítica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
<b>ORIENTAÇÕES PÓS ALTA</b> <b>DIETA:</b> <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i> <b>REPOUSO:</b> Relativo em casa por <i>15</i> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <i>30</i> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <i>45</i> dias e com esforço maior em <i>90</i> dias. <b>CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:</b> Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar. <b>MEDICAÇÕES PARA CASA:</b> <i>Ciprofloxacina, Tramadon (cloridrato de tramadol), Pradaxa.</i>					
<b>RETORNO:</b> Ao posto de saúde em <i>21</i> dias. Ao ambulatório do <i>Complexo Hospitalar Mangabeira</i> em <i>21</i> dias para revisão.					
<i>10/03/18</i> DATA			Dr. Alexandre Galvão Ortopedia e Traumatologia CRM 9128 SBO 9603 ASS. MÉDICO / C.R.M		
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 21/11/2019 17:06:14  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112117061305600000025525176  
Número do documento: 19112117061305600000025525176







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



## LAUDO MÉDICO

**OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1064774**

**PACIENTE: JAILSON SABINO**

**DATA DE NASCIMENTO: 12.10.82**

**Data e Hora do Atendimento: 23.02.18**

**Horário: 23:14h**

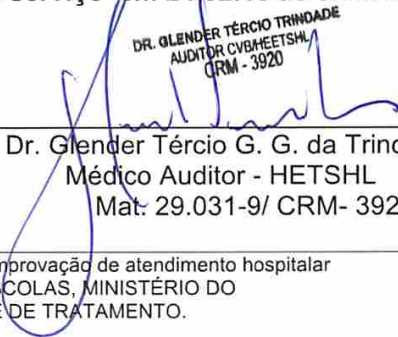
**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital procedente de Araruna vítima de atropelamento por motocicleta sendo projetado a distancia levando a TCE, trauma de face, blefaroedema severo do lado direito com oclusão palpebral total e abrasão na região frontal direita, hematoma periocular direito, perda do nível de consciência e posteriormente vômitos. Atendido pelo Dr. Eduardo Jorge Dore Soares CRM 6181, Dra. Camila Lacerda CRM 8032, Dr. Ricardo R. Carvalho CRM 6628, Dr. Roberto Santos CRM 1590, Dr. Leonardo Paiva CRM 4550.

**DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA PIREITA + FRATURA DA PAREDE LATERAL DA ORBITA DIREITA CID 10 S 82 9 e S 02 1**

**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):** Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia bucomaxilofacial, da traumatologia, da neurocirurgia, da oftalmologia, Tomografia computadorizada de crânio, Tomografia computadorizada da coluna cervical, Rx da bacia AP e Perfil, Rx da perna direita AP e Perfil, Rx do joelho direito AP e Perfil e colocação da tala gessada e encaminhamento para o ORTOTRAUMA conforme pactuação.

**ALTA HOSPITALAR: Encaminhado para outro serviço em 24.02.18 às 8:44h.**

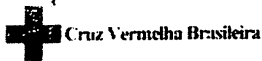
**Data da Emissão: 24.09.18**

  
DR. GLENDER TERCIO TRINDADE  
AUDITOR CVB/HETSHL  
CRM - 3920  
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETSHL  
Mat: 29.031-9/ CRM- 3920

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

audia/wgt





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

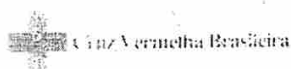
Boletim de Atendimento: 1064774



<b>Identificação do paciente</b>						
ID 1264390	Nome JAILSON SABINO		Sexo Masculino			
Data de nascimento 12/10/1982	Idade 35 anos 4 meses 11 dias	Estado civil	Religião			
Mãe VALDECI MARIA DA CONCEICAO		Pai JORGE SABINO				
Escolaridade		Responsável (Parentesco) JORGE SABINO - PAI				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 900000000	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2910536	Nº Cns 162361727580005				
Local de procedência ARARUNA	Tipo MUNICIPIO		UF PB			
Email	Naturalidade ARARUNA	CBO/R				
<b>Endereço</b>						
CEP 58233000	Município de residência ARARUNA	UF PB	Logradouro MATA VELHA			
Número S/N	Complemento	Bairro ZONA RURAL				
<b>Admissão</b>						
Data e Hora 23/02/2018 23:14:09	Número da pulseira 1000006167898	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE				
<b>Indicadores e Transporte</b>						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou					
<b>Sinais Vitais</b>						
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
<b>Exames complementares</b>						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos 23/02/18 Paciente deu entrada neste mês vítima de um acidente de trânsito com lesões de membros inferiores, com lesão de membro superior direito e lesão de membro superior esquerdo.						
Diagnóstico						CID
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO						Tempo 41seg

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>JAILSON SABINO</b>	BAE <b>1064774</b>	Data/Hora Entrada <b>23/02/2018 23:14:09</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>12/10/1982</b>	Idade <b>35</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>162361727580005</b>
Mãe <b>VALDECI MARIA DA CONCEICAO</b>			Telefone de Contato <b>(83) 900000000</b>
Endereço <b>MATA VELHA, S/N</b>	Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X PEDESTRE</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA</b>	Nº Cons. Regional <b>4550/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>23/02/2018 23:14:09</b>		Data/Hora Prescrição <b>24/02/2018 08:44:33</b>	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		Senha

## Anamnese

Vítima de atropelamento, sic

Consciente, orientado, no momento.

Apresentando, em face, blefarodema severo lado D com oclusão palpebral total + abrasão em região frontal, lado D.

Fratura da parede lateral de órbita D, sem deslocamento/rotação. Tratamento conservador.

CD

1 - Alta da BMF

2 - Parecer da Oftalmologia

## Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

*Dr. Leonardo Paiva*  
Cirurgião Oftalmológico  
CRM-4550

JAILSON SABINO

LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA  
(: 4550/PB)

Boletim registrado por: THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 23/02/2018 23:14:50

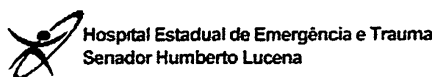
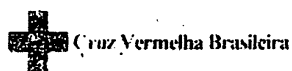
60.6.8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=223177&pesquisa=S&perform=im

Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 21/11/2019 17:06:14

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112117061305600000025525176

Número do documento: 19112117061305600000025525176

Num. 26427900 - Pág. 12



## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>JAILSON SABINO</b>	BAE <b>1064774</b>	Data/Hora Entrada <b>23/02/2018 23:14:09</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>12/10/1982</b>	Idade <b>35</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>162361727580005</b>
Mãe <b>VALDECI MARIA DA CONCEICAO</b>			Telefone de Contato <b>(83) 900000000</b>
Endereço <b>MATA VELHA, S/N</b>	Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X PEDESTRE</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>ROBERTO ANTONIO DOS SANTOS</b>	Nº Cons. Regional <b>1590/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>23/02/2018 23:14:09</b>		Data/Hora Prescrição <b>24/02/2018 03:07:50</b>	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		Senha

**Anamnese**

paciente vitima de acidente de moto apresenta ao exame de rx fratura dos ossos da perna direita. apos liberação das outras clinicas. deverá paciente ser transferido para hospital ortotrauma. conforme pactuação.

**Conduta**

Em observação

*7 ale ferre de 150516*

*Dr. Roberto A. Santos*  
Oto - Traumatologia  
CRM-PB 1590

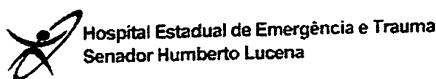
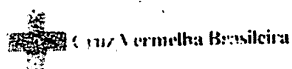
JAILSON SABINO

ROBERTO ANTONIO DOS SANTOS  
(: 1590/PB)

Boletim registrado por: THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 23/02/2018 23:14:50

1.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=222970&amp;pesquisa=S&amp;perform=im... 1/1





AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>JAILSON SABINO</b>	BAE <b>1064774</b>	Data/Hora Entrada <b>23/02/2018 23:14:09</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>12/10/1982</b>	Idade <b>35</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>162361727580005</b>
Mão <b>VALDECI MARIA DA CONCEICAO</b>			Telefone de Contato <b>(83) 900000000</b>
Endereço <b>MATA VELHA, S/N</b>			Prontuário
Bairro <b>ZONA RURAL</b>		Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X PEDESTRE</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO</b>	Nº Cons. Regional <b>6628/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>23/02/2018 23:14:09</b>		Data/Hora Prescrição <b>24/02/2018 00:48:51</b>	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula	Senha	

**Anamnese**VÍTIMA DE ATROPELAMENTO ADMITIDO AS 23:14 PROVENIENTE DE ALHANDRA  
GLASGOW 15

DOR EM PERNA DIREITA

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE FRATURAS OU HEMORRAGIAS INTRACRANIANA

SINAIS DE FRATURA DE FÍBULA EM RADIOGRAFIA DA PERNA

CD: ~~TRATAMENTO CONSERVADOR PELA NEUROCIRURGIA; LIBERO PARA PROCEDIMENTO ORTOPEDICO~~**Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?****Conduta**

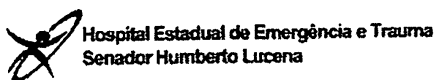
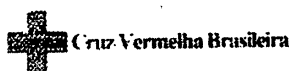
Paciente encaminhado com sucesso para a seção

*Ricardo R. de Carvalho*  
Neurocirurgia  
CRM 6628

JAILSON SABINO

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
(: 6628/PB)

Boletim registrado por: THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 23/02/2018 23:14:50



## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JAILSON SABINO</b>	BAE <b>1064774</b>	Data/Hora Entrada <b>23/02/2018 23:14:09</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>12/10/1982</b>	Idade <b>35</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 900000000</b>
Mãe <b>VALDECI MARIA DA CONCEICAO</b>			Prontuário
Endereço <b>MATA VELHA, S/N</b>	Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X PEDESTRE</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>EDUARDO JORGE DORE SOARES</b>	Nº Cons. Regional <b>/</b>
Data/Hora Classificação <b>23/02/2018 23:14:09</b>		Data/Hora Prescrição <b>23/02/2018 23:27:24</b>	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		Senha

**Anamnese**

## #Cirurgia Geral #

Paciente provindo de Araruna, vítima de atropelamento por moto, sendo projetado a distância levando a um TCE e trauma de Face com perda do nível de consciência e posteriormente vômito. Atendido pela SAMU que realizou a imobilização completa e transporte para este hospital, com relato que o paciente fez ingestão de grande quantidade de bebida alcoólica.

Ao exame Glasgow 14, apresenta de hematoma peri-orbicular direito, Tórax + Abdome + Pelve sem alterações. Apresenta provável fratura em M I D (pé e tornozelo).

## Conduta: Medicação

Radiografia + avaliação da Ortopedia  
TC + parecer da Neuro e buco

**MEDICAÇÃO**

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MG/TS)

**CUIDADOS**

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO ✓

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA ✓

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA ✕

**CURATIVO**

HGT AGORA

**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

**CID10**

Boleim registrado por: THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 23/02/2018 23:14:50

Código

Descrição



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 23/02/18 23:27  
 Usuário: EDUARDO JORGE  
 Boletim 1064774

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: JAILSON SABINO  
 Data de Nascimento: 12/10/1982  
 Sexo: MASCULINO  
 Idade: 35  
 Nº Prontuário: 1064774  
 Data Prescrição: 23/02/2018 23:27:24  
 Motivo do Atendimento: Enfermaria / Leito  
 Validade da Prescrição: 23/02/2018 23:27:00 - 24/02/2018 23:27:00  
 Convenio: SUS  
 Matricula:   
 Senha:

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 DÍPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		AGORA	
2 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		AGORA	
3 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1000.0	ML		E.V.		AGORA	
4 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0						
5 PARECER ORTO	0.0						
6 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROQUIRURGIA	0.0						
7 CURATIVO	0.0						
8 HGT AGORA	0.0						

23 de Fevereiro de 2018

EDUARDO JORGE DORE SOARES

CRM:

Assinatura e Carimbo do Profissional

CRM 120098





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831139241

Data Nasc: 12/10/1982 - 35 anos

Paciente: JAILSON SABINO

Data Exame: 23/02/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE**

### **Técnica**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise**

Sinais de fraturas nas paredes do seio maxilar direito e assoalho da órbita, com leve desalinhamento dos fragmentos ósseos. Associadamente, observa-se conteúdo hipodenso no interior deste seio, provavelmente relacionado a hemossinus.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

*Este laudo foi liberado em 24/02/2018 02:00.*

**Dra. Danielle C.S. Pereira**  
**CRM: 6088 - PB**





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831139241

Data Nasc: 12/10/1982 - 35 anos

Paciente: JAILSON SABINO

Data Exame: 23/02/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.  
Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.  
Articulações interfacetárias e uncovertebrais de aspecto habitual.  
Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.  
Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.  
Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

**Nota:** Estudo tomográfico não direcionado para avaliação de hérnias ou protrusões discais.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 24/02/2018 02:01 .

**Dra. Danielle C .S . Pereira**  
**CRM: 6088 - PB**





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831139241

Data Nasc: 12/10/1982 - 35 anos

Paciente: JAILSON SABINO

Data Exame: 23/02/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

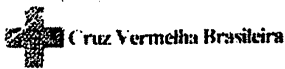
Sinais de fraturas nas paredes do seio maxilar direito e assoalho da órbita, com leve desalinhamento dos fragmentos ósseos. Associadamente, observa-se conteúdo hipodenso no interior deste seio, provavelmente relacionado a hemossinus.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

*Este laudo foi liberado em 24/02/2018 01:58.*

**Dra. Danielle C.S. Pereira**  
**CRM: 6088 - PB**





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## Guia de Encaminhamento Externo

1064774

### Dados do paciente

Nome				CNS		Prontuário	
JAILSON SABINO				162361727580005			
Data de Nascimento	Idade	Sexo	Raça / Cor	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
12/10/1982	35A 4M 12D	Masculino	PARDA				
Nome da Mãe				Nome da Pai			
VALDECI MARIA DA CONCEICAO				JORGE SABINO			
Endereço				Bairro			Cep
MATA VELHA				ZONA RURAL			58233000
Município				Telefone Residencial		Telefone Celular	
ARARUNA - PB						( 83 ) 900000000	
Unidade de saúde solicitante				CNES		Telefone	
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				2593262		( 83 ) 32165700	

### Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária	AP	Endereço
COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY		RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento		
ALTA MEDICA		
Resultado de exames complementares		
CID	Data de encaminhamento	Assinatura e carimbo do profissional
M79.6	24/02/2018 09:24:51	João Henrique Souto Oftalmologista CRM 141.357 / EOT 13274

Assinatura e carimbo do profissional

# OFTALMOLOGIA : 18:00 - 24/02/18

Obs: Paciente já recebeu alta no prontuário eletrônico.  
Vítima de atropelamento, apresentando edema + equimose importante em pálpebra superior. globo ocular íntegro: Escotocóxia (avaliado na marca): conjuntiva calma, córnea transparente, pupila regular e fotoreagente, CAB. Versões normais.

Nega BAV. AVL s/c cd.

Ed: Alta da Oftalmologia e orientações (compressas geladas). Retorno se notar baixa de acuidade visual. Obs

Carimbo e Assinatura do Profissional



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
<b>Posição e Preparo:</b>	
<i>Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</i>	
<i>Assepsia + Antissepsia</i>	
<i>Aposição de campos cirúrgicos estéreis</i>	
<b>Incisão:</b>	
<i>Incisão em 1/3 distal de osso da perna direita e face lateral de tornozelo direito</i>	
<i>Dissecção por planos</i>	
<i>Hemostasia com eletrocautério</i>	
<b>Achados:</b>	
<i>Visualização de foco de fratura da tíbia e fíbula distal</i>	
<b>Conduta:</b>	
<i>Realizada manobra de redução sob uso de intensificador de imagem</i>	
<i>Aposição de 01 placa em trevo Ø 4.5mm</i>	
<i>Aposição de 02 parafusos esponjosos Ø 4.5mm</i>	
<i>Aposição de 04 parafusos corticais Ø 4.5mm</i>	
<i>Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%</i>	
<i>Realizado RX controle</i>	
<i>Aposição de 01 placa em 1/3 tubular Ø 3.5mm</i>	
<i>Aposição de 03 parafusos corticais Ø 3.5mm proximais ao foco</i>	
<i>Aposição de 03 parafusos corticais Ø 3.5mm distais ao foco</i>	
<b>Fechamento:</b>	
<i>Fechamento de planos</i>	
<i>Curativo</i>	
<i>Tala bota gessada</i>	
<b>OBS:</b>	

Dr. Alexandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 4128 SBT 9803  
MÉDICO/CRM

Data: 07, 03, 18

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



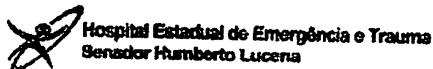




Nome: <i>Jailson Sabino</i>				Registro:	
Idade: <i>35 a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>07/03/2018</i>			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Enéas Bessa (R1)</i>		
3º Assistente: <i>Aníbal</i>			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura do Pílo Tibial Direito</i>				<i>S82.3</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Osteossíntese de Fratura do Pílo Tibial e Fíbula</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





## Guia de Encaminhamento Externo

### Dados do paciente

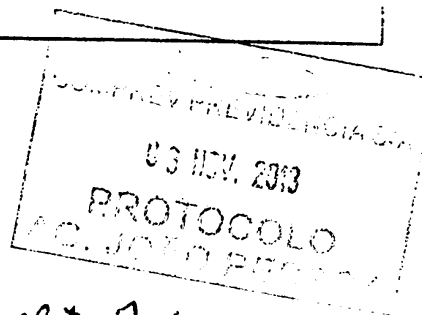
Nome JAILSON SABINO						CNS 162361727580005	Prontuário
Data de Nascimento 12/10/1982	Idade 35A 4M 12D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe VALDECI MARIA DA CONCEICAO			Nome do Pai JORGE SABINO				
Endereço MATA VELHA			Bairro ZONA RURAL				Cep 58233000
Município ARARUNA - PB			Telefone Residência		Telefone Celular (83) 900000000		
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA			CNS 2593262		Telefone (83) 32165700		

### Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Resultado de exames complementares		
CID M79.6	Data de encaminhamento 24/02/2018 09:24:51	

João Henrique Pontes  
Oftalmologista  
CRM 41.521 / TEOT 13274

Assinatura e carimbo do profissional



# OFTALMOLOGIA : 18:00-24/02/18

Obs: Paciente já recebeu alta no prontuário eletrônico.  
Vítima de atropelamento, apresentando edema + equimose importante em pálpebra superior. globo ocular íntegro: Ecetescopia (avaliado na marca): conjuntiva calma, córnea transparente, pupila regular e fotoreagentes, CR.

Nega BV. AVL SK CD.

Ed: Alta da Oftalmologia com orientações. (Compressas gela Retorno e notar Baixa da acuidade visual. Obs

CONVÊNIO DE SAÚDE  
OFTALMOLOGIA  
JOÃO PESSOA



**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 pelo xilium*

Conduta: *Internamente*

Dr. *Edson D. Tinoco*  
CRM 10.121/2019  
Especialista em Traumatologia  
Especialista em Microcirurgia  
CBO 34.14.02

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





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: SALSON LAGINO Data da Admissão: 25/02/18  
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: Exaturo Piloro lateral D.  
HDA: Exaturo lateral  
Exaturo lateral  
Piloro lateral direito.

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

03 NOV. 2013

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

Pele: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoco: [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe  
[ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

AR e ACV: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise  
[ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

ABD: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas  
[ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melenas [ ] 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

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58058-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



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: 105734 Atd: Nao Reg  
Data: 24/02/2018  
Hora: 23:28:44  
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZE  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JAILSON SABINO

Num. de vezes atendido: 1

CNS: SEM CNS Sexo: M CARTAO SUS: 162361727580005 Fone: 0

Num. Prontuario: 2018.02.003517

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/10/1982 Id: 35 ano(s)

End.: SITIO/ MATA VELHA, 0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: ARARUNA UF: PB

Mae: VALDECI MARIA DA CONCEICAO

Pai: NAO INFORMADO

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JAILSON SABINO

Tel/Doc. Responsavel: 0 / CARTAO SUS: 162361727580005

Procedencia: HOSPITAL DE TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Queixa Principal

Observacao

PACT: NAO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

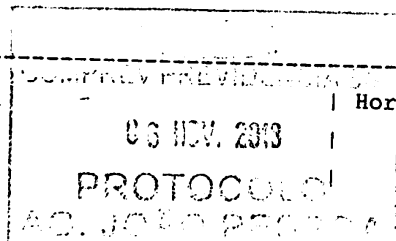
Exame Fisico do Paciente por  
Herika Coeli da Silva Clementino, (Fisico)  
CD: Intermitente e Agudo

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao



Dr. Herika D. Tinoco  
Fisico  
CRM: 105734  
OAB: 105734





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Jailson Sabino</i>			PRONTUÁRIO Nº		
IDADE <i>35 anos</i>	SEXO <i>Mas</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>24/02/2018</i>		DATA DE ALTA <i>10/03/2018</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>14 dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Pílo Tibial Direito</i>				CID <i>S82.3</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea da tíbia e fíbula distal</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO					
CONDIÇÕES DE ALTA					
(X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )					
ÓBITO					

### RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura do pílo tibial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução aberta e fixação interna. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

#### REPOUSO:

Relativo em casa por **15** dias.

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

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

#### CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

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

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Ciprofloxacina, Tramadon (cloridrato de tramadol), Pradaxa.*

#### RETORNO:

Ao posto de saúde em **21** dias.

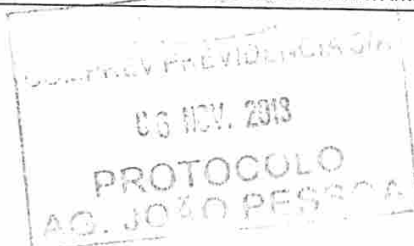
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **21** dias para revisão.

Dr. Alexandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9128 SBO 9603

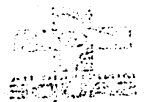
ASS. MÉDICO / C.R.M

DATA

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







LAUDO MÉDICO - RESULTADO DE ALTA			
NOME: Jéssica Zélie		NOME DO PACIENTE: Jéssica Zélie	
DATA DE NASCIMENTO: 25/02/2018	DATA DE ALTA: 10/03/2018	TEMPO DE SEMANAS: 14 dias	CID: 262.3
DIAGNÓSTICO INICIAL: Síndrome de Patau (Trissomia 13)		DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Síndrome de Patau (Trissomia 13)	
OUTROS DIAGNÓSTICOS: Nenhum		PRINCIPAIS SINTOMAS: Nenhum	
TERAPIA MEDICAMENTOSA: Nenhum			
ANATOMIA PATOLÓGICA: Nenhum			
INFEÇÃO DE F.O. ( ) SIM ( ) NÃO		INFEÇÃO DE F.O. ( ) SIM ( ) NÃO	
RESULTADO BACTERIOLÓGICO: Nenhum		RESULTADO BACTERIOLÓGICO: Nenhum	
CONDICIONAMENTO DE ALTA: Nenhum		CONDICIONAMENTO DE ALTA: Nenhum	
CÓDIGO (X) MELHORADO		CÓDIGO (X) MELHORADO	
CÓDIGO ( ) PÉSSIMO		CÓDIGO ( ) PÉSSIMO	
RESUMO CLÍNICO: Paciente com diagnóstico de Síndrome de Patau (Trissomia 13) em tratamento clínico com acompanhamento de enfermagem e fisioterapia. Paciente com bom condicionamento físico e orientações com relação ao cuidado com a medicação e acompanhamento de enfermagem. Paciente em acompanhamento de enfermagem e fisioterapia.			
ORIENTAÇÃO PARA ALTA: Paciente em acompanhamento de enfermagem e fisioterapia. Paciente em acompanhamento de enfermagem e fisioterapia. Paciente em acompanhamento de enfermagem e fisioterapia.			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Paciente em acompanhamento de enfermagem e fisioterapia. Paciente em acompanhamento de enfermagem e fisioterapia. Paciente em acompanhamento de enfermagem e fisioterapia.			
MEDICAÇÕES PARA CASA: Paciente em acompanhamento de enfermagem e fisioterapia. Paciente em acompanhamento de enfermagem e fisioterapia. Paciente em acompanhamento de enfermagem e fisioterapia.			
RETORNO: Paciente em acompanhamento de enfermagem e fisioterapia. Paciente em acompanhamento de enfermagem e fisioterapia. Paciente em acompanhamento de enfermagem e fisioterapia.			
DATA: 10/03/2018			
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO			



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



## LAUDO MÉDICO

**OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1064774**

**PACIENTE: JAILSON SABINO**

**DATA DE NASCIMENTO: 12.10.82**

**Data e Hora do Atendimento: 23.02.18**

**Horário: 23:14h**

**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital procedente de Araruna vítima de atropelamento por motocicleta sendo projetado a distancia levando a TCE, trauma de face, blefaroedema severo do lado direito com oclusão palpebral total e abrasão na região frontal direita, hematoma periocular direito, perda do nível de consciência e posteriormente vômitos. Atendido pelo Dr. Eduardo Jorge Dore Soares CRM 6181, Dra. Camila Lacerda CRM 8032, Dr. Ricardo R. Carvalho CRM 6628, Dr. Roberto Santos CRM 1590, Dr. Leonardo Paiva CRM 4550.

**DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA PIREITA + FRATURA DA PAREDE LATERAL DA ORBITA DIREITA CID 10 S 82 9 e S 02 1**

**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):** Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia bucomaxilofacial, da traumatologia, da neurocirurgia, da oftalmologia, Tomografia computadorizada de crânio, Tomografia computadorizada da coluna cervical, Rx da bacia AP e Perfil, Rx da perna direita AP e Perfil, Rx do joelho direito AP e Perfil e colocação da tala gessada e encaminhamento para o ORTOTRAUMA conforme pactuação.

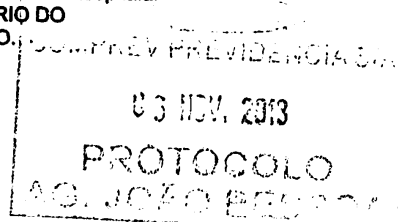
**ALTA HOSPITALAR:** Encaminhado para outro serviço em 24.02.18 às 8:44h.

**Data da Emissão: 24.09.18**

DR. GLENDER TERCIO TRINDADE  
AUDITOR CVB HETSHL  
CRM - 3920

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETSHL  
Mat: 29.031-9/ CRM- 3920

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

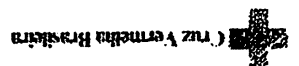




## Guia de Encaminhamento Externo

1064774

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



### Dados do paciente

Nome	JAILSON SABINO
Data de Nascimento	12/10/1982
Idade	35A 4M 12D
Sexo	Masculino
Raça / Cor	PARDA
Peso	
Altura	
Pressão	
Temperatura	
Nome da Mãe	VALDECI MARIA DA CONCEICAO
Nome da Pai	JORGE SABINO
Cep	58233000
Endereço	Bairro ZONA RURAL
Município	ARAUNA - PB
Unidade de saúde solicitante	HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
CNES	2593262
Telefone	(83) 32165700
Telefone Residencial	(83) 900000000
Telefone Celular	

### Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária	COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY
Endereço	MANGABEIRA PROSIND L JOAO PESSOA - PB
AP	
Resultado de exames complementares	
Unidade de encaminhamento	
CD	M79.6
Data de encaminhamento	24/02/2018 09:24:51
Assinatura e carimbo do profissional	

# CTAM0061A : 18:00 - 24/02/18

Obs: Exatidão já recebeu alta no prontuário eletrônico.  
Vítima de ataque cardíaco, apresentando edema + equimose importante em parede superior. Glóbulos ocultos no intestino.  
Ecocardiograma (avaliado na área): compunha calma, cerca de 100 bpm, sem alterações significativas e potências normais.

Regras: Atualizar o sistema de emergência (compreensão geral). Retorne a nota de avaliação visual. Atenção.



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831139241

Data Nasc: 12/10/1982 - 35 anos

Paciente: JAILSON SABINO

Data Exame: 23/02/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

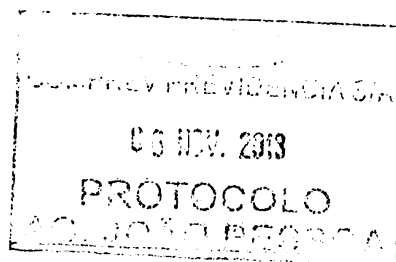
Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Sinais de fraturas nas paredes do seio maxilar direito e assoalho da órbita, com leve desalinhamento dos fragmentos ósseos. Associadamente, observa-se conteúdo hipodenso no interior deste seio, provavelmente relacionado a hemossinus.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*



*Este laudo foi liberado em 24/02/2018 01:58.*

**Dra. Danielle C.S. Pereira**  
**CRM: 6088 - PB**





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Luzena

Atendimento: 201831139241

Data Nasc: 12/10/1982 - 35 anos

Paciente: JAILSON SABINO

Data Exame: 23/02/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL**

### **Técnica:**

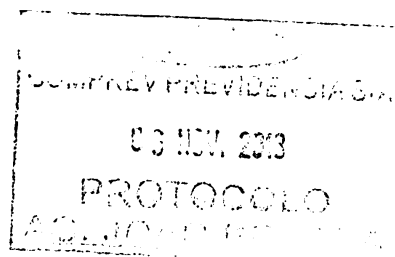
Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.  
Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.  
Articulações interfacetárias e uncovertebrais de aspecto habitual.  
Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.  
Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.  
Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

**Nota:** Estudo tomográfico não direcionado para avaliação de hérnias ou protrusões discais.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 24/02/2018 02:01.

**Dra. Danielle C.S. Pereira**  
**CRM: 6088 - PB**





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Luzena

Atendimento: 201831139241

Data Nasc: 12/10/1982 - 35 anos

Paciente: JAILSON SABINO

Data Exame: 23/02/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE**

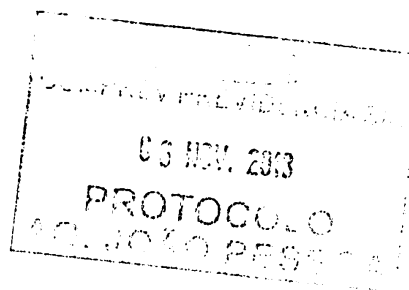
### **Técnica**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise**

Sinais de fraturas nas paredes do seio maxilar direito e assoalho da órbita, com leve desalinhamento dos fragmentos ósseos. Associadamente, observa-se conteúdo hipodenso no interior deste seio, provavelmente relacionado a hemossinus.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*



*Este laudo foi liberado em 24/02/2018 02:00.*

**Dra. Danielle C.S. Pereira**  
**CRM: 6088 - PB**



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 23/02/18 23:27  
Usuário: EDUARDO JORGE  
Boleim 1064774

Nome	JALSON SABINO	Data de Nascimento	12/10/1982	Idade	35	Sexo	MASCULINO	Nº	1064774	Nº Pronto-atendimento	23/02/2018 23:27:24
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Matrícula		Validade da Prescrição		23/02/2018 23:27:00 - 24/02/2018 23:27:00		Banha		
Convenio	SUS										

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apresentamento
1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		AGORA	1000.0
2 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		AGORA	1000.0
3 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1000.0	ML		E.V.		AGORA	1000.0
4 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0						1000.0
5 PARECER ORTO	0.0						1000.0
6 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0						1000.0
7 CURATIVO	0.0						1000.0
8 HGT AGORA	0.0						1000.0

23 de Fevereiro de 2018

EDUARDO JORGE DORE SOARES  
CRM:

Assinatura e Carimbo do Profissional

HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO  
23/02/2018  
PROTÓCOLO  
23/02/2018



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JAILSON SABINO</b>	BAE <b>1064774</b>	Data/Hora Entrada <b>23/02/2018 23:14:09</b>	Data Bateria
Data de nascimento <b>12/10/1982</b>	Idade <b>35</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>162361727580005</b>
Mãe <b>VALDECI MARIA DA CONCEICAO</b>			Telefone de Contato <b>(83) 900000000</b>
Endereço <b>MATA VELHA, S/N</b>	Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X PEDESTRE</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>EDUARDO JORGE DORE SOARES</b>	Nº Cons. Regional <b>/</b>
Data/Hora Classificação <b>23/02/2018 23:14:09</b>	Data/Hora Prescrição <b>23/02/2018 23:27:24</b>		
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula	Senha	

## Anamnese

## #Cirurgia Geral #

Paciente provindo de Araruna, vítima de atropelamento por moto, sendo projetado a distância levando a um TCE e trauma de Face com perda do nível de consciência e posteriormente vômito. Atendido pela SAMU que realizou a imobilização completa e transporte para este hospital, com relato que o paciente fez ingestão de grande quantidade de bebida alcoólica.

Ao exame Glasgow 14, apresenta de hematoma peri-orbicular direito, Tórax + Abdome + Pelve sem alterações. Apresenta provável fratura em M I D (pé e tornozelo).

## Conduta : Medicação

Radiografia + avaliação da Ortopedia  
TC + parecer da Neuro e buco

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MG/TS)

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO ✓

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA ✓

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA +

## CURATIVO

HGT AGORA

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

## CID10

Prescrição registrada por: THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 23/02/2018 23:14:50

Descrição







Hospital Estadual da Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>JAILSON SABINO</b>	BAE <b>1064774</b>	Data/Hora Entrada <b>23/02/2018 23:14:09</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>12/10/1982</b>	Idade <b>35</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>162361727580005</b>
Mão <b>VALDECI MARIA DA CONCEICAO</b>			Telefone de Contato <b>(83) 900000000</b>
Endereço <b>MATA VELHA, S/N</b>			Prontuário
Bairro <b>ZONA RURAL</b>			UF <b>PB</b>
Município <b>ARARUNA</b>			Nº Cons. Regional <b>6628/PB</b>
Acidente <b>MOTO X PEDESTRE</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO</b>	
Data/Hora Classificação <b>23/02/2018 23:14:09</b>		Data/Hora Prescrição <b>24/02/2018 00:48:51</b>	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula	Senha	

### Anamnese

VÍTIMA DE ATROPELAMENTO ADMITIDO AS 23:14 PROVENIENTE DE ALHANDRA  
GLASGOW 15

DOR EM PERNA DIREITA

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE FRATURAS OU HEMORRAGIAS INTRACRANIANA

SINAIS DE FRATURA DE FÍBULA EM RADIOGRAFIA DA PERNA

CD: TRATAMENTO CONSERVADOR PELA NEUROCIRURGIA; LIBERO PARA PROCEDIMENTO ORTOPEDICO.

**Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?**

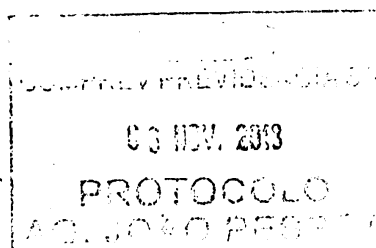
### Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Ricardo R. de Carvalho  
Neurocirurgia  
CRM 6628

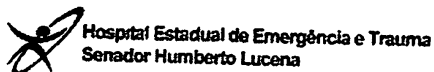
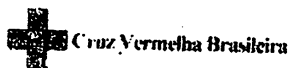
JAILSON SABINO

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
(: 6628/PB)



m registrado por: THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 23/02/2018 23:14:50





## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

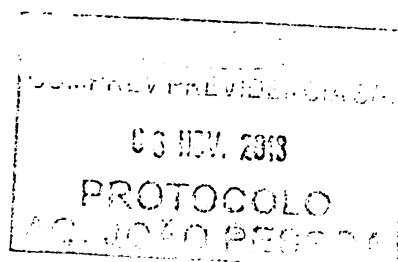
Tel: 32165700

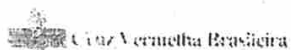
CNES: 445365

Paciente <b>JAILSON SABINO</b>	BAE <b>1064774</b>	Data/Hora Entrada <b>23/02/2018 23:14:09</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>12/10/1982</b>	Idade <b>35</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>162361727580005</b>
Mãe <b>VALDECI MARIA DA CONCEICAO</b>	Telefone de Contato <b>(83) 900000000</b>		Prontuário
Endereço <b>MATA VELHA, S/N</b>	Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X PEDESTRE</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>ROBERTO ANTONIO DOS SANTOS</b>	Nº Cons. Regional <b>1590/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>23/02/2018 23:14:09</b>	Data/Hora Prescrição <b>24/02/2018 03:07:50</b>		
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula	Senha	
<b>Anamnese</b> paciente vitima de acidente de moto apresenta ao exame de rx fratura dos ossos da perna direita. apos liberação das outras clinicas. deverá paciente ser transferido para hospital ortotrauma. conforme pactuação.			
<b>Conduta</b> Em observação <i>7 ale ferida de 1º grau</i>			

JAILSON SABINO

ROBERTO ANTONIO DOS SANTOS  
(: 1590/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>JAILSON SABINO</b>	BAE <b>1064774</b>	Data/Hora Entrada <b>23/02/2018 23:14:09</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>12/10/1982</b>	Idade <b>35</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>162361727580005</b>
Mãe <b>VALDECI MARIA DA CONCEICAO</b>			Telefone de Contato <b>(83) 900000000</b>
Endereço <b>MATA VELHA, S/N</b>	Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X PEDESTRE</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA</b>	Nº Cons. Regional <b>4550/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>23/02/2018 23:14:09</b>	Data/Hora Prescrição <b>24/02/2018 08:44:33</b>		
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula	Senha	

## Anamnese

Vítima de atropelamento, sic

Consciente, orientado, no momento.

Apresentando, em face, blefaroedema severo lado D com oclusão palpebral total + abrasão em região frontal, lado D.

Fratura da parede lateral de órbita D, sem deslocamento/rotação. Tratamento conservador.

CD

1 - Alta da BMF

2 - Parecer da Oftalmologia.

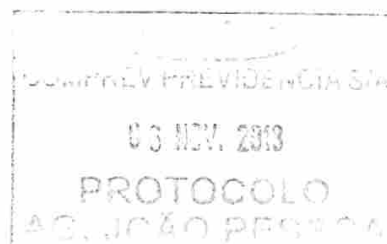
## Conduta

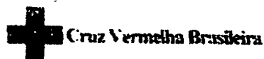
Paciente encaminhado com sucesso para a seção

*Dr. Leonardo Paiva*  
Cirurgião Maxilofacial  
CRM-PB 4550

JAILSON SABINO

LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA  
(: 4550/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1084774



<b>Identificação do paciente</b>			
ID 1284390	Nome JAILSON SABINO	Sexo Masculino	
Data de nascimento 12/10/1982	Idade 35 anos 4 meses 11 dias	Estado civil	Religião
Mãe VALDECI MARIA DA CONCEICAO		Pai JORGE SABINO	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) JORGE SABINO - PAI	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 900000000	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2910536	Nº Cns 162381727680006	
Local de procedência ARARUNA	Tipo MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalidade ARARUNA	CBO/R	
<b>Endereço</b>			
CEP 58233000	Município de residência ARARUNA	UF PB	Logradouro MATA VELHA
Número S/N	Complemento	Bairro ZONA RURAL	
<b>Admissão</b>			
Data e Hora 23/02/2018 23:14:09	Número da pulseira 1000006167898	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE	
<b>Indicadores e Transporte</b>			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Velo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
<b>Sinais Vitais</b>			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
<b>Exames complementares</b>			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos 23/02/18 Paciente que entrou no norte após vítima de um acidente de trânsito com lesões de imobilização, com paciente e seu entesado, encaminhado ao CTI			
Diagnóstico			CID
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO			Tempo 41seg

Imprimir

03 NOV. 2018

PROTOCOLO





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**3ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0875758-08.2019.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos.

A inicial deve preencher os requisitos do art. 319 do CPC/2015, além de estar acompanhada de instrumento de procuração válido, habilitando o patrono a representar a parte, bem como dos documentos indispensáveis à propositura da ação. Assim, **INTIME-SE a parte autora, por seu advogado, para, no prazo de 15 (quinze) dias, JUNTAR aos autos:**

- 1) procuração outorgando poderes ao advogado subcritor da inicial, sob pena de extinção do feito por ausência de pressuposto processual, bem como comprovante de residência atualizado;
- 2) comprovante de residência;
- 3) comprovante de requerimento da indenização junto a seguradora na esfera administrativa, bem como de recebimento do valor apontado na inicial como a menor;
- 4) documento capaz de comprovar a situação de hipossuficiência do autor, a exemplo da declaração de imposto de renda dos últimos 02 (dois) anos, extrato de conta bancária, carteira de trabalho, etc.
- 5) guia de custas, nos termos da Portaria Conjunta 02/2018.

JOÃO PESSOA, 13 de janeiro de 2020.

Juiz(a) de Direito



EXCELENTÍSSIMO SR. DR. JUIZ DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA - PB

Processo nº 0875758-08.2019.815.2001

JAILSON SABINO, devidamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, vem, respeitosamente à  
douta presença de Vossa Excelência, requerer a juntada da documentação requerida no despacho de id. .  
[27411909 - Despacho](#) , a qual segue anexa.

Nestes termos,

Pede deferimento.

João Pessoa, 06 de maio de 2020.

Hérika Coeli

OAB/PB 18.925



## QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome

*Paulson Sabino*

Doc. Nasc.

*Araruna*

Est.

*PB*

Data

*12/10/82*

Filiação

*Jonas Sabino*

*Valdeci Maria da Conceição*

Doc. Nº

*RG 2.910.538 MS*

## ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. Nº .....

Exp. em ..... / ..... / ..... Estado .....

Obs.: .....

Data Emissão *06/10/82*

DRT .....



*Maria Sicleide*  
Assinatura do Funcionário

Mat. 78.421-4

## ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome .....

Doc. ....

Nome .....

Doc. ....

Nome .....

Doc. ....

Est. Civil .....

Doc. ....

Est. Civil .....

Doc. ....

Nascimento .....

Doc. ....





você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricitista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e refleta sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manuseio dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 74.223 A Série 00026 Pb



ASSINATURA DO PORTADOR





## REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

Registrado em ..... / ..... / ..... como

$N^e$  ..... Liv. .... Fls. .... Data ..... sob

DRT ..... Data .....

Ass. do Funcionário

Registrado em ..... / ..... / ..... como

N <sup>p</sup>	Liv.	Fls.	Data	Sob
----------------	------	------	------	-----

DRT .....

Ass. do Funcionário

Registrado em ..... / ..... / ..... como

N<sup>o</sup> .....
Liv. ....
Fls. ....
Data .....

DRT

Ass. do Funcionário

Registrado em ..... / ..... / ..... como

**N<sup>o</sup>** ..... **Liv.** ..... **Fls.** ..... **Data** .....

[illegible]

Ass. do Funcionário

## DEPENDENTES

[illegible]

CARTEIRAS ANTERIORES

[illegible]

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....

CNPJ/MF .....

Rua..... Nº .....

Município ..... Est. ....

Esp. do estabelecimento .....

Cargo .....

..... CBO nº .....

Data admissão ..... de ..... de .....

Registro nº ..... Fls./Ficha .....

Remuneração especificada .....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Data saída ..... de ..... de .....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD Nº .....

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....

CNPJ/MF .....

Rua..... Nº .....

Município ..... Est. ....

Esp. do estabelecimento .....

Cargo .....

..... CBO nº .....

Data admissão ..... de ..... de .....

Registro nº ..... Fls./Ficha .....

Remuneração especificada .....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Data saída ..... de ..... de .....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD Nº .....





## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....

CNPJ/MF .....

Rua .....

Município ..... Nº .....

Esp. do estabelecimento ..... Est. ....

Cargo .....

..... CBO nº .....

Data admissão ..... de ..... de .....

Registro nº ..... Fls./Ficha .....

Remuneração especificada .....

.....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

1º ..... 2º .....

Data saída ..... de ..... de .....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD Nº .....

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....

CNPJ/MF .....

Rua .....

Município ..... Nº .....

Esp. do estabelecimento ..... Est. ....

Cargo .....

..... CBO nº .....

Data admissão ..... de ..... de .....

Registro nº ..... Fls./Ficha .....

Remuneração especificada .....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

1º ..... 2º .....

Data saída ..... de ..... de .....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD Nº .....



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P 919

POLEGAR DIREITO

NAO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receta Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**067.302.894-14**

Nome  
**JAILSON SABINO**

Nascimento  
**12/10/1982**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

Digitalizado com CamScanner





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2910538 DATA DE EXPEDIÇÃO 27 JUL 2001

NOME JAILSON SABINO

FILIAÇÃO Jorge Sabino  
Valdeci Maria da Conceição

Araruna-PB 12.10.1982  
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. 8.468, fls. 23, liv. A-9.  
DOC. ORIGIN

CPF

João Pessoa - PB

LEI Nº 7.116 DE 29/08/89  
MIN. DEPT. DE IDENTIFICAÇÃO

**CÓDIGO DE CONTROLE**

9039.530C.973A.F389

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço

**www.receita.fazenda.gov.br**

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:20:38 do dia 01/04/2015 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

Digitalizado com CamScanner



VALDECIR MARIA DA CONCEICAO SABINO  
SIT MATA VELHA, S/N / LOT MORADA DA SERRA - ARARUNA  
ARARUNA / PB CEP: 58233000 (AG: 62)

CPF/CNPJ/RANI: 033.882.834-45

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1  
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL  
Ligacao: MONOFÁSICO  
Roteiro: 13 - 62 - 163 - 2860 Nº Medidor: 00008807338



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1549469-3

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00015494693



VALOR DA FATURA

R\$ 43,83



VENCIMENTO

29/04/2020



REFERÊNCIA

Abr / 2020



CONSUMO

54kWh

1,64 kWh

MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Lei n.º 7.115, de 29 de agosto de 1983

Art. . 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, hominímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo Único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. . 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. . 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Aos 05 dias do mês de MAIO do ano de 2020,  
nesta cidade de ARARUNA /PB, a pessoa de:

Nome: JAILSON SABINO

Conhecido(a) por: JAILSON

R.G. n.º: 2910536 Órgão: SSP / PB Expedição: 27/07/2001  
(Expedidor/UF) (Dia/mês/ano)

C.P.F. n.º: 067.302.894-14 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
(Solteiro, casado ou união estável)

Nacionalidade: BRASILEIRO Naturalidade: ARARUNA /PB  
(País) (Cidade/UF)

DATA DE NASCIMENTO: 12/10/1982 IDADE: 38 anos  
(Dia/mês/ano)

Pai: JORGE SABINO

Mãe: VALDECI MARIA DA CONCEIÇÃO

DECLARA que RESIDE no seguinte endereço:

SITIO MATA VELHA, S/N / LOT. MORADA DA SERRA  
(Rua/Avenida, número, complemento - quadra, lote, apartamento)

Bairro: ZONA RURAL Cidade: ARARUNA /PB  
(Zona Rural no caso de sítio) (Cidade/UF)

DECLARA, ainda, ser conhecedor (a) das SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS a que estará sujeito (a), caso o quanto aqui declarado não porte estritamente a verdade.

Declarante: 





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 07 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180521425**

**Vítima: JAILSON SABINO**

**Data do Acidente: 23/02/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE ALVES PESSOA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JAILSON SABINO**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar:  $18,75\% \times 13.500,00 =$  R\$ 2.531,25

**Recebedor: JAILSON SABINO**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 237**

**Agência: 000003449-5**

**Conta: 000000366-2**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você







Poder Judiciário da Paraíba  
3ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

---

Número do Processo: 0875758-08.2019.8.15.2001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assunto: [ Seguro ]  
Polo ativo: AUTOR: JAILSON SABINO  
Polo passivo: REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

### CERTIDÃO

Certifico e dou fé que com a manifestação da promovente, faço conclusão dos autos.

JOÃO PESSOA, 12 de junho de 2020  
ANA CRISTINA PESSOA DINIZ





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**3ª Vara Cível da Capital**

0875758-08.2019.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos.

A inicial deve preencher os requisitos do art. 319 do CPC/2015, além de estar acompanhada de instrumento de procuração *ad juditia*, habilitando o patrono a representar a parte, bem como dos documentos indispensáveis à propositura da ação. Assim, INTIME-SE novamente a parte autora, por seu advogado, para, no prazo de 15 (quinze) dias,

1 - Juntar procuração que habilite o advogado a representá-la em juízo, **sob pena de extinção do feito por ausência de pressuposto processual:**

2 - Completar a inicial com a apresentação das seguintes documentações faltantes: guia de custas, nos termos da Portaria Conjunta 02/2018 e declaração de hipossuficiência.

JOÃO PESSOA, data da assinatura eletrônica.

Juiz(a) de Direito



EXCELENTÍSSIMO SR. DR. JUIZ DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA - PB

Processo nº 0875758-08.2019.815.2001

JAILSON SABINO, devidamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, vem, respeitosamente à douta presença de Vossa Excelência, requerer a juntada da procuração, conforme requerida no despacho retro.

Nestes termos,

Pede deferimento.

João Pessoa, 13 de julho de 2020.

Hérika Coeli

OAB/PB 18.925



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Jailson Sabino, brasileiro, solteiro, agricultor, CPF: 067.302.894-14, residente e domiciliado no Sítio Bernardo, Rua Projétilada, S/N, Morada da Serra, Araraúma / PB.

\_\_\_\_\_ pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores

**OUTORGADOS:** Martinho Cunha Melo Filho, brasileiro, advogado inscrito na OAB-PB 11.086, Wellington Nóbrega Vilar, brasileiro, divorciado, OAB-PB 15.024 Houseman dos Santos Rocha, brasileiro, solteiro, advogado OAB/PB 13.534, Hérika Coeli da Silva Clementino, brasileira solteira, advogada inscrita na OAB -PB 18.935 José Geraldo de Menezes Lira Junior, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB-PE 919-A estabelecidos na Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa - PB. a quem confere amplos poderes com a cláusula ad-judicia para, como seu advogado, representar a outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes especiais para, confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial e ou intimações receber e dar quitação renunciar ao direito sobre que se funda a ação, tudo precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por bom, firme e valioso.

**CONTRATO:** Concomitantemente com os poderes acima outorgados, o outorgante aceita pagar aos advogados contratados honorários correspondentes a 30% (trinta por cento) do total bruto auferido pelo autor da ação (ou por composição amigável) apuradas em procedimento de execução, com as devidas atualizações até final pagamento, facultado aos advogados contratados requerer nos autos, que lhes sejam pagos diretamente os honorários a que lhe faz jus, por dedução da quantia a ser recebida pelo constituinte, ora contratante (art. 4º, Lei nº 8.906/94). Fornecimento de documentos e informações necessários ao bom e rápido andamento da ação, por conta do outorgante. As partes contratantes elegem o foro da cidade de João Pessoa - PB, para dirimir qualquer ação oriunda deste contrato. **DECLARAÇÃO:** (a)(s) outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei 1.060 de 1950.

Paraíba, 07 de julho de 2019

### OUTORGANTE

Testemunha 1

Nome: VANESSA DO NASCIMENTO COSTA

RG: 3.920.528

CPF: 131.677.574-77

Testemunha 2

Nome: ROSALVA FIGUEIREDO DOS SANTOS

RG: 3040481

CPF: 084.333.584-05





República Federativa do Brasil  
Cartório do Único Ofício de Notas  
Tabelião: **Antônio Martins de Sousa**  
Escrevente: **Avanira Fernandes Matias Nobre**  
Praça Barão do Rio Branco, nº 36  
CEP 58.233-000 - Araruna/Paraíba  
Fone: (083) 373-1270

Traslado: 1º

Livro: 109

Folhas: 190

Procuração bastante que faz Jailson Sabino a José Alves Pessoa, para os fins abaixo:

Saibam quantos este público Instrumento de Procuração virem, que no Ano do Nascimento de Nosso Senhor Jesus Cristo, de dois mil e dezoito (2018), aos dezessete (17) dias do mês de Outubro, nesta cidade de Araruna/PB, perante mim Escrevente, compareceu como outorgante: **JAILSON SABINO**, CPF n.º 067.302.894-14, RG n.º 2910538-SSP/PB, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, residente na Rua Projetada, s/n, Morada da Serra, Araruna/PB.

Reconhecido como o próprio por mim Escrevente, do que dou fé; por ele me foi dito que por este instrumento público, nomeava e constituía seu bastante procurador: **JOSE ALVES PESSOA**, brasileiro, casado, agricultor, RG n.º 2511611-SSP/PB, CPF n.º 037.201.024-59, residente na Rua José Felipe Neri, 50, na cidade de Araruna/PB, a quem confere poderes para junto a qualquer SEGURADORA, requerer Seguro Obrigatório DPVAT em do outorgante vítima de acidente automobilístico, podendo, dito procurador, assinar requerimentos, preencher e assinar qualquer formulário/documento de autorização de pagamento/crédito de indenização de sinistro DPVAT; podendo, ainda apresentar documentos exigidos, assinar termos declarações, guias, dar e aceitar quitações, formulários em geral, receber correspondências, comparecer perante qualquer Repartição Pública, praticando e assinando tudo mais que for necessário ao fiel cumprimento do presente mandato, podendo ainda, dito procurador representar o outorgante junto ao BANCO BRADESCO: 237, Agência 3449, conta corrente n.º 0366-2, na cidade de Araruna/PB, com a finalidade de resolver assuntos de interesse do outorgante. Fica devidamente esclarecido que o outorgante na qualidade de vítima autoriza que seja efetuado o crédito que o mesmo tem direito na conta corrente acima citada. **FICANDO ESCLARECIDO QUE NO MUNICÍPIO ONDE O OUTORGANTE RESIDE NÃO HÁ ESTABELECIMENTO DE IML COM O OBJETIVO DE PERMITIR O EXAME DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE CAUSADA DIRETAMENTE POR VEICULO AUTOMOTOR DE VIAS TERRESTRES. Os dados constantes na presente procuração foram fornecidos pelo outorgante, que responde civil e criminalmente por quaisquer eventualidades que venham a ocorrer.** E de como assim disse do que dou fé, lavrei este instrumento, que sendo-lhe lido, aceitou e assina Amanda Targino de Sousa Benevides a rogo do outorgante não alfabetizado que deixa impressão digital, independente de testemunhas instrumentárias de acordo com o provimento n.º 03/87, da Corregedoria Geral de Justiça do estado, comigo Avanira Fernandes Matias Nobre, Escrevente que digitei. E eu, Antônio Ataulfo Targino de Sousa, Tabelião Substituto, subscrevo, dou fé, dato e assino com o sinal do meu uso. Araruna, 17 de Outubro de 2018. Em test.º (sinal) da verdade. O Tabelião Substituto: Antônio Ataulfo Targino de Sousa. (a) Amanda Targino de Sousa Benevides. Está conforme o original. Eu, Avanira Fernandes Matias Nobre, Escrevente, digitei dato e assino.

Araruna, 17 de Outubro de 2018

*Avanira Fernandes M. Nobre*

SELO DIGITAL  
AHQ37901-HGS3  
Consulte Autenticidade em:  
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Avanira Fernandes M. Nobre  
ESCREVENTE AUTORIZADA  
CPF 639.962.194-15



Digitalizado com CamScanner



EXCELENTÍSSIMO SR. DR. JUIZ DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA - PB

Processo nº 0875758-08.2019.815.2001

JAILSON SABINO, devidamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, vem, respeitosamente à douda presença de Vossa Excelência, requerer a juntada da guia de custa, conforme requerida no despacho retro.

Nestes termos,



Pede deferimento.


João Pessoa, 30 de julho de 2020.



Héríka Coeli

OAB/PB 18.925



 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			<b>Número do boleto:</b> 200.4.20.41983/01
			<b>Data de emissão:</b> 30/07/2020
<b>Nº do Processo:</b> 0875758-08.2019.815.2001	<b>Comarca:</b> Joao Pessoa	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 31/07/2020
<b>Número da</b> 200.2020.641983 <b>Tipo da</b> Custas Iniciais			<b>UFR vigente:</b> R\$ 51,78
<b>Detalhamento</b> - Custas Processuais: R\$ 1.035,60 - Taxa Judiciária: R\$ 177,19 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
<b>Promovente</b> JAILSON SABINO  <b>Promovido:</b> MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A  <b>Valor da causa:</b> R\$ 11.812,50			<b>Parcela:</b> 1/1
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.			<b>Valor total:</b> R\$ 1.214,14
866000000129 141409283183 520200731203 042041983018 			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
			<b>Valor final:</b> R\$ 1.214,14

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			<b>Número do boleto:</b> 200.4.20.41983/01
			<b>Data de emissão:</b> 30/07/2020
<b>Nº do Processo:</b> 0875758-08.2019.815.2001	<b>Comarca:</b> Joao Pessoa	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 31/07/2020
<b>Número da</b> 200.2020.641983 <b>Tipo de</b> Custas Iniciais			<b>UFR vigente:</b> R\$ 51,78
<b>Promovente</b> JAILSON SABINO <b>Promovido:</b> MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
<b>Valor da causa:</b> R\$ 11.812,50			<b>Parcela:</b> 1/1
<b>Detalhamento</b> - Custas Processuais: R\$ 1.035,60 - Taxa Judiciária: R\$ 177,19 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>Valor total:</b> R\$ 1.214,14
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
			<b>Valor final:</b> R\$ 1.214,14

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			<b>Número do boleto:</b> 200.4.20.41983/01
			<b>Data de emissão:</b> 30/07/2020
<b>Nº do Processo:</b> 0875758-08.2019.815.2001	<b>Comarca:</b> Joao Pessoa	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 31/07/2020
<b>Número da</b> 200.2020.641983 <b>Tipo de</b> Custas Iniciais			<b>UFR vigente:</b> R\$ 51,78
<b>Detalhamento</b> - Custas Processuais: R\$ 1.035,60 - Taxa Judiciária: R\$ 177,19 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
<b>Promovente</b> JAILSON SABINO <b>Promovido:</b> MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A  <b>Valor da causa:</b> R\$ 11.812,50			<b>Parcela:</b> 1/1
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.			<b>Valor total:</b> R\$ 1.214,14
866000000129 141409283183 520200731203 042041983018 			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
			<b>Valor final:</b> R\$ 1.214,14





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**3ª Vara Cível da Capital**

**Processo nº 0875758-08.2019.8.15.2001**

**DESPACHO**

Vistos.

Defiro o pedido de gratuidade de justiça.

Como é cediço, o art. 334 do CPC/2015 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/modificação de ato praticado no âmbito extrajudicial, apenas reapresentando a situação de fato ao juízo. Ademais, a experiência prática demonstra que as seguradoras não realizam acordos em demandas congêneres, razão pela qual deixo de designar audiência prévia de conciliação.

Cite-se a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.

João Pessoa, data da assinatura eletrônica.

Juiz(a) de Direito





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**3ª Vara Cível da Capital**  
**AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520**  
**JOÃO PESSOA**  
**( )**

**MANDADO DE CITAÇÃO**

**Nº DO PROCESSO:** 0875758-08.2019.8.15.2001

**CLASSE DO PROCESSO:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

**ASSUNTO(S) DO PROCESSO:** [Seguro]

**Autor:** JAILSON SAVINO

**Nome:** M A P F R E V E R A C R U Z S E G U R A D O R A S / A

**Endereço:** AV PRESIDENTE EPITÁCIO PESSOA, 723, - até 1145 - lado ímpar, ESTADOS, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 3ª Vara Cível da Capital, fica Vossa Senhoria devidamente CITADO(A) por todos os atos do processo acima mencionado, por seu representante legal, ficar por meio deste ciente do despacho em frente: Cite-se a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015. JOÃO PESSOA, em 6 de agosto de 2020.

ANA CRISTINA PESSOA DINIZ  
Servidor

**PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:** <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

**NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:**

19112117055934400000025524474



## **CERTIDÃO**

Certifico e dou fé que dei inteiro cumprimento ao referido mandado, conforme nota de ciência da pessoa que se apresentou como representante legal.

AMÁLIA HELENA MALHEIROS RIBEIRO

MAT.:474.807-7



20/08/2020

Tribunal de Justiça da Paraíba



Poder Judiciário da Paraíba  
3ª Vara Cível da Capital  
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520  
JOÃO PESSOA  
( )

**MANDADO DE CITAÇÃO**

Nº DO PROCESSO: 0875758-08.2019.8.15.2001  
CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [Seguro]  
Autor: JAILSON SAVINO  
Nome: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A  
Endereço: AV PRESIDENTE EPITÁCIO PESSOA, 723, - até 1145 - lado ímpar, ESTADOS, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 3ª Vara Cível da Capital, fica Vossa Senhoria devidamente CITADO(A) por todos os atos do processo acima mencionado, por seu representante legal, ficar por meio deste ciente do despacho em frente: Cite-se a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.  
JOÃO PESSOA, em 6 de agosto de 2020.

ANA CRISTINA PESSOA DINIZ  
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>  
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

19112117055934400000025524474



Assinado eletronicamente por: ANA CRISTINA PESSOA DINIZ  
06/08/2020 17:11:57  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>  
ID do documento: 32992372



Imprimir

20080617115709700000031585875

Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A  
CNPJ: 61.074.175/0082-01  
Av. Pres. Epitácio Pessoa, 723  
Estados - CEP: 58030-000  
JOÃO PESSOA - PB

Edmarcio Luiz  
21/08/2020  
14:19

[https://pje.tjpb.jus.br/pje/Painel/painel\\_usuario/documentoHTML.seam?conversationPropagation=none&idBin=31585875&idProcessoDoc=32992...](https://pje.tjpb.jus.br/pje/Painel/painel_usuario/documentoHTML.seam?conversationPropagation=none&idBin=31585875&idProcessoDoc=32992...) 1/1

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: AMALIA HELENA MALHEIROS RIBEIRO - 21/08/2020 19:51:00  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082119510029600000032052119>  
Número do documento: 20082119510029600000032052119

Num. 33492470 - Pág. 1