



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, escrivã(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 EMERGÊNCIA 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 sua obrigações tributárias?**
- 6) **Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

7) Testemunha(s) do fato/accidente:

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

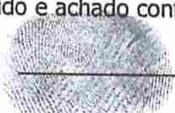
8) Breve resumo do fato:

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, escrivã(o) que digitei.

JAILSON SABINO

Comunicante


Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 168.474-4



81

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, data 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



VALDECIR MARIA DA CONCEICAO SABINO
RUA PROJETADA, S/N - LOTE MORADA DA SERRA - ARARUNA
ARARUNA/ PB CEP: 58623000 (AG. 62)

Emissa: 23/05/2018 Referencia: Mai/2018
Classe/Subcls: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOPÁSICO Br250, Km25- Crato Residencial, Jequiá Passeio/PB - CEP:58071-489
Potencia: 13-62-163-1655 RP monitor: 00008907336
Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°003.894.641
Cód. para Dfb. Automático: 00015494593

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

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

UC (Unidade Consumidora): 5/1549469-3

Canal de contato

Baixe o aplicativo Energisa ON em qualquer smartphone ou tablet. Você terá acesso à segunda via da conta, mudanças no endereço, informações sobre fato de energia e diversos outros serviços. Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite essas facilidades.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
23/04/18 250	29/05/18 321	1	71	30

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Gte	Alm. Imed(R\$)	Base Cada Pz(R\$)	Deficit(R\$)
0001	Consumo em kWh	71.000	0,691470	49,09	25	12,27	49,08
0001	Adm/B/Amarola		0,78	0,78	25	0,19	0,78
0,00				0,00		0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0907	CONTRIBUIM PUBICA	1,43	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0904	JUROS DÉMORA 04/2018	0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 04/2018	1,26	0,00	3	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 52,58 49,85 12,48 43,66 9,30 1,42

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

Histórico de Consumo (kWh)

55	1 55	1 54	55	1 55	1 50	1 50	31	1 41	1 41	1 46	1 49
Maio/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18

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

Indicadores de Qualidade	3/2018-Branco			Composição do Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIMENSIAL	11,84	0,00	NOMINAL	220	13,39	25,44
DIC TRIMESTRAL	23,88				16,53	31,44
DIC ANUAL	47,76				2,05	3,60
PERMANENCIA	7,74	0,00	CONTRATADA		2,17	3,88
PER TRIMESTRAL	15,42		LIMITINFERIOR	200	16,81	32,16
PER ANUAL	30,99		LIMITESUPERIOR	220	0,00	0,00
DIFC	8,55	0,00			Total	52,58 100,00
DICR	16,80					

Valor da EUSD (Ref 3/2018) R\$ 12,71

ATENÇÃO

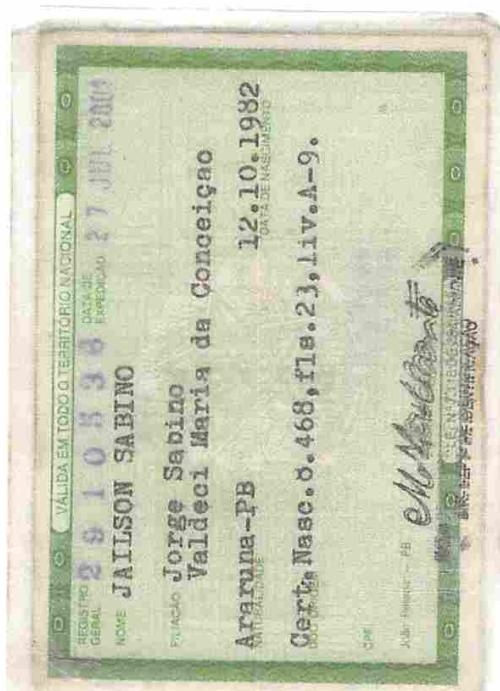
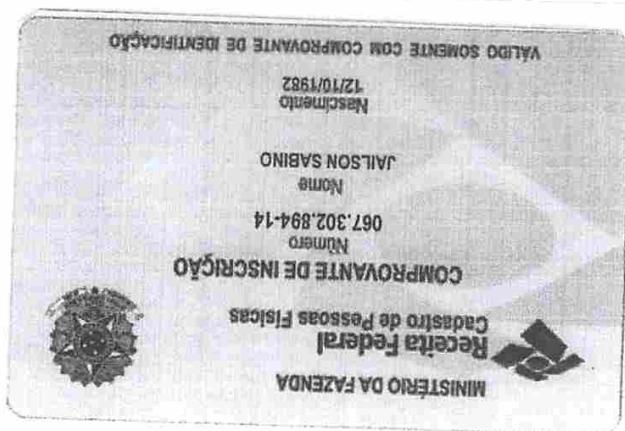
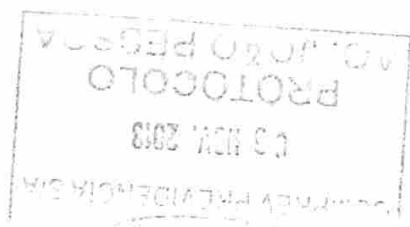
- Leitura confirmada

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

DECLARAÇÃO

Declaro para os fins de direito que o paciente o Sr.(a) Jacilson Ferreira portador do RG nº 3930536, inscrito no CPF nº 067.302.891-31, com Cartão Nacional de Saúde (CNS) nº _____, residente na rua Brigadeiro Novaczel da Costa, nº 5111, 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 22:22 pela equipe composta pelo médico o sr(a) Herica, técnica de enfermagem a Sr(a) Thiara, Enfermeira a Sr(a) condutora Sr(a) Thiara; vítima de atropelamento.

Desde já agradecemos a atenção e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimento, se necessário.

Araruna/PB 17/12/18

Herica Coeli da Silva Ferreira
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: _____

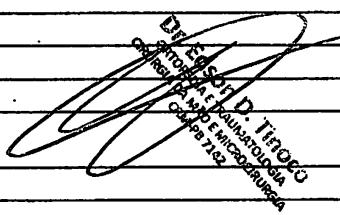
SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Feretum pelo* *gillie*Conduta: *Asseminallo**Dr. Rogerio D. Timoco*
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CIRURGIA DE CINTURA E MICOCHIRURGIA



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: DAILSON SABINO 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: 11/11/1988
 QPD: Festas Piloto Galvão D.
 HDA: Encanamento de ferro com reativação
Piloto tiverá orientação.
 Medicações em uso: _____

 Interrogatório Sintomatológico:
 Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
 []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____
 Pele: _____
 Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
 []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____
 AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
 []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____
 ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []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-reposo []Deformidades
 []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos _____
 SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
 []Amnésia []Libido []Humor _____

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



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 Regulado
Data: 24/02/2018
Hora: 23:28:44
Repcionista: GIULIANA DE MENEZES DE
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JAILSON SABINO
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

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JAILSON SABINO

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

Procedencia: HOSPITAL DE TRAUMA

Tipo de 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

Glicemias: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

PACTO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Exanamido de humor mer
nervos qes oses de reira. (Fevera
CD! fferencia e analges

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

Dr. Edson S. D. Timoco
Ortopedia e Traumatologia
Endoscopia e Microcirurgia
Cirurgia da Perna e Anel das Coxas



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/Responsável

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 da 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
Unidade de encaminhamento CLINICA MEDICA		
Resultado de exames complementares		
CID M79.6	Data de encaminhamento 24/02/2018 09:24:51	João Henrique Ferreira Oftalmologista CRM 141.307 / IEOT 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 + equinose importante em palpebra superior. globo ocular íntegro:
 Ectesopia (avaliado na maca): conjuntiva calma, córnea transparente, pupila regular e fotoirreagente, CAT.

Nega BAN. AVL s/c co.

Ed: Alta da oftalmologia e orientações (compressas geladas).
 Retorno se notar Baixa da acuidade visual. Olas

Carimbo da Oftalmologia
01/03/2018





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



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

Data: 07/03/18

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 01288BT09803
MÉDICO/CRM

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

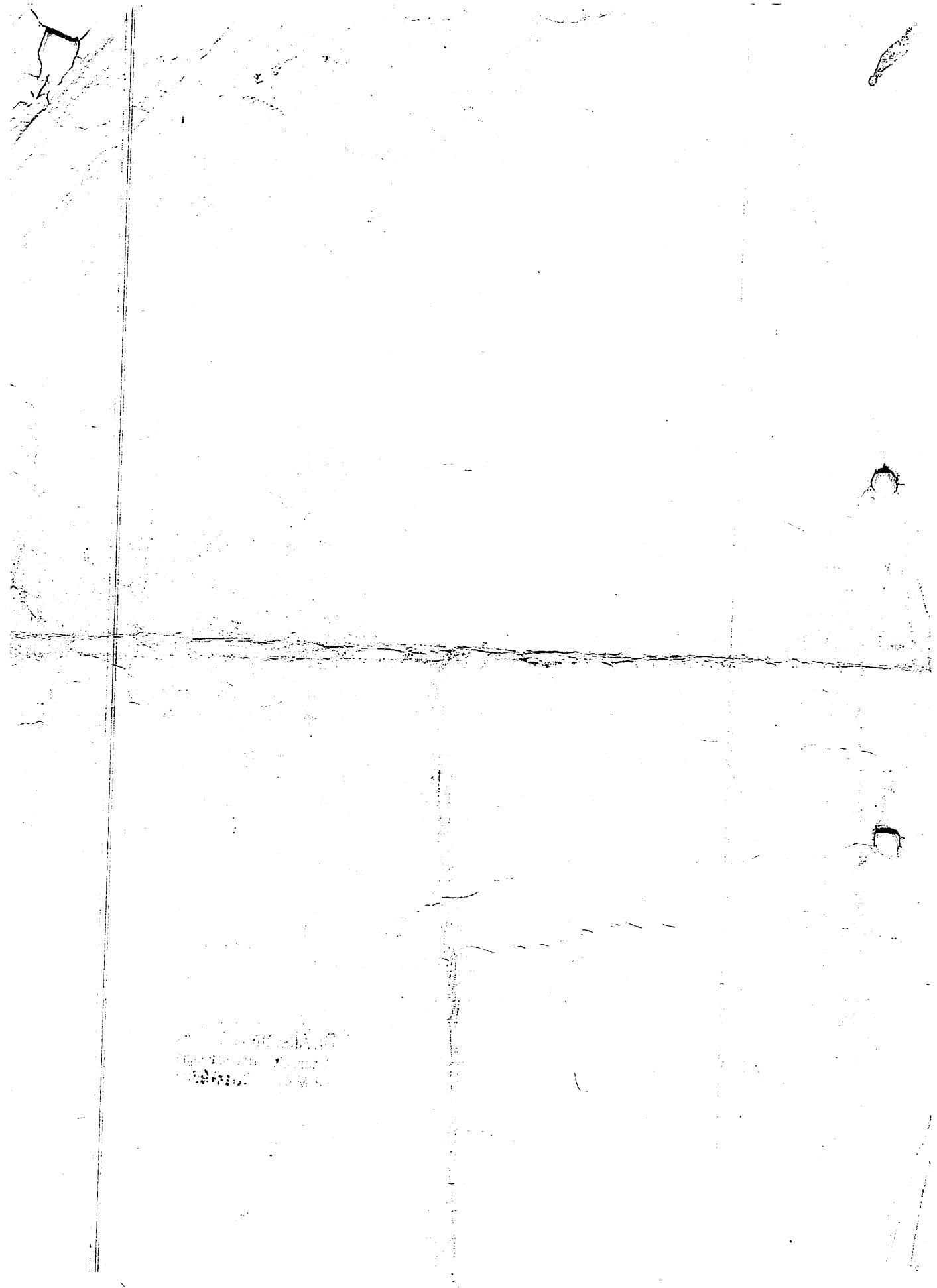




LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Jailson Sabíno</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 Pílão Tíbial 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>						
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA						
ANATOMIA PATOLÓGICA						
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA						
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/>	
ÓBITO						
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de fratura do pílão 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>						
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA						
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i>						
REPOUSO: <i>Relativo em casa por 15 dias.</i> <i>Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.</i> <i>Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.</i>						
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <i>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.</i>						
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Ciprofloxacin, Tramadol (cloridrato de tramadol), Pradaxa.</i>						
RETORNO: <i>Ao posto de saúde em 21 dias.</i> <i>Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.</i>						
<i>10/03/18</i>		<p><i>Dr. Alexandre Galvão</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 9128 SBO 9603</p> <p><i>ASS. MÉDICO / C.R.M</i></p>				
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

Num. 26427900 - Pág. 9



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 vitima 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 periorcular 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.

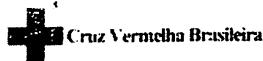
Data da Emissão: 24.09.18

Dr. Glender 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.

audiau/gt

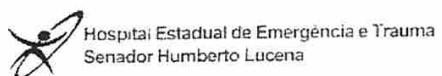
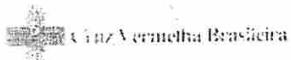




Identificação do paciente				
ID 1264390	Nome JAILSON SABINO			Sexo Masculino
Data de nascimento 12/10/1982	Idade 35 anos 4 meses 11 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe VALDECI MARIA DA CONCEICAO				Pai JORGE SABINO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) JORGE SABINO - PAI
DDD Móvel 83	Fone Móvel 900000000	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2910536	Nº Cns 162361727580005		
Local de procedência ARARUNA				Tipo MUNICÍPIO
Email	Naturalidade ARARUNA	UF PB		
CBO/R				
Endereço				
CEP 58233000	Município de residência ARARUNA	UF PB	Logradouro MATA VELHA	
Número S/N	Complemento			Bairro ZONA RURAL
Admissão				
Data e Hora 23/02/2018 23:14:09	Número da pulseira 1000006167898	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL				Clinica
Classificação de risco				Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos 23/02/18 Pouco febre entrado num ambiente de interrogação apresenta sinais de imbróglio. Conveniente e ou ento, encaminhado ao CPZ				
Diagnóstico				CID
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO				Tempo 41seg

Imprimir





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

ICR: 02188799

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

Anamnese

Vítima de atropelamento, sic

Consciente, orientado, no momento.

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

Fratura da parede lateral de órbita D₁ sem deslocamento/rotacão. Tratamento conservador.

16

1 - Alta da BMF

2 - Parecer da Oftalmologia.

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

JAIL SON SABINO

LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA
(: 4550/PB)

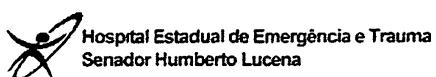
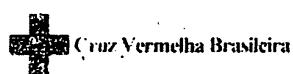
Relatório gerado por: THIAGO FERNANDES DE ABreu em 23/02/2018 23:14:50



[Home](#) | [Sobre](#) | [Produtos](#) | [Soluções](#) | [Notícias](#) | [Contato](#) | [Acessos](#) | [Sair](#)

Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 21/11/2019 17:06:14
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112117061305600000025525176>
Número de documento: 1011211706120560000025525176

Núm. 26427900 - Pág. 12



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

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

Dr. Roberto A. Santos
Oft - Traumatologo
CRM-PB #590

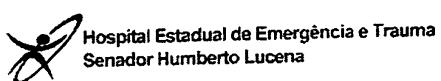
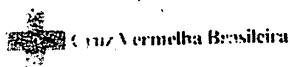
JAILSON SABINO

ROBERTO ANTONIO DOS SANTOS

(: 1590/PB)

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

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=222970&pesquisa=S&perform=im... 1/1



AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

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

Anamnese

VITIMA 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 ORTOPÉDICO~~

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

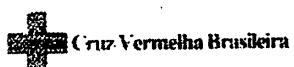
*Ricardo Rodrigues de Carvalho
24/02/2018*

JAILSON SABINO

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(6628/PB)

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

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&perform=imprimir&id=222934&pesquisa=S&&idPai=222934&classe=PRESCRICO...


AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

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

Anamnese

#Cirurgia Geral #

Paciente provindo de Araruna , vítima de atropelamento por moto , sendo projetado a distância levando a um TCE e truama 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, presenta de hematoma peri-orbicular direito , Tórax + Abdome + Pelve sem alterações .
Aprosenta provável fratura em M I D (pé e tornozelo) .

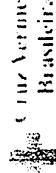
Conduta : Medicação

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 (MGTSMS)
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-LORDORTICA)
RADIOGRAFIA DE BACIA
RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO
RADIOGRAFIA DE Perna DIREITA
RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)
CID10

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

Código	Descrição
--------	-----------



Data:	23/02/2018 23:27
Usuário:	EDUARDO JORGE
Boletim	1064774

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº Prontuário	Data Prescrição		
JAILSON SABINO	12/10/1982	35	MASCULINO	1064774	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				Matrícula			
SUS				Senha			
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.			AGORA
2 CETOPROFENO 100 MG	0.00	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	0.0						
NEUROCIURGIA							
7 CURATIVO	0.0						
8 HGT AGORA	0.0						

23 de Fevereiro de 2018

EDUARDO JORGE DORE SOARES
CRM:

Assinatura e Carimbo do Profissional



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 hipodeno 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





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





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 hipodeno no interior deste seio, provavelmente relacionado a hemossinus.

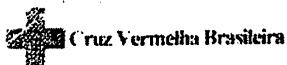
O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

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

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Danielle C. S. Pereira'.

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Guia de Encaminhamento Externo

1064774

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 da 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
Motivo do encaminhamento EMERGÊNCIA		
Resultado de exames complementares		
CID M79.6	Data de encaminhamento 24/02/2018 09:24:51	João Henrique Senna Oftalmologista CRM 141.277 / EOT 13274

Assinatura e carimbo do profissional

OFTALMOLOGIA : 18:00 - 24/02/18

obs: Paciente já recebeu alta no pronto atendimento eletrônico.
Vítima de atropelamento, apresentando edema + equinose importante em palpebra superior. globo ocular íntegro.
Ecceção (avaliado na máscara): conjuntiva calma, córnea transparente, pupila regular e fotoirreagente, CAT.
Verdes normais

Nega BAV. AVL s/c cd.

cd: Alta da Oftalmo + orientações (Compressas geladas)
Retorno se notar Baixa da acuidade visual. Olas

CD 100%
G 100%
G 100%



Descrição da Cirurgia	
Posição e Preparo:	Paciente em decúbito dorsal sob anestesia Assepsia + Antissepsia Aposição de campos cirúrgicos estéreis
Incisão:	Incisão em 1/3 distal de osso da perna direita e face lateral de tornozelo direito Dissecção por planos Hemostasia com eletrocautério
Achados:	Visualização de foco de fratura da tibia e fibula distal
Conduta:	Realizada manobra de redução sob uso de intensificador de imagem Aposição de 01 placa em trevo Ø 4.5mm Aposição de 02 parafusos esponjosos Ø 4.5mm Aposição de 04 parafusos corticais Ø 4.5mm Limpeza exaustiva de ferida operatória com SF a 0,9% Realizado RX controle Aposição de 01 placa em 1/3 tubular Ø 3.5mm Aposição de 03 parafusos corticais Ø 3.5mm proximais ao foco Aposição de 03 parafusos corticais Ø 3.5mm distais ao foco
Fechamento:	Fechamento de planos Curativo Tala bota gessada
OBS:	06 NOV. 2013 PROTÓCOLO

Data: 07/03/18

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
SRM 9128-SBT 9803
MÉDICO/CRM

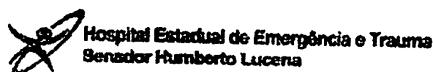
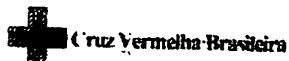
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 59056-284, Mangabeira II, João Pessoa, PB





Nome: <i>Jailson Sabíno</i>				Registro:	
Idade: 35 a	Sexo: Masc	Cor:	Clínica: Ortopedia	EMP:	LR:
Data: 07/03/2018			Cirurgião: Alexandre Galvão		
1º Assistente: Jorge Augusto			2º Assistente: Enéas Bessa (RI)		
3º Assistente: Aníbal			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					
<i>Fratura do Pílão Tibial Direito</i>					
CID					
S82.3					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					
CID					
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					
CÓDIGO					
<i>Osteossíntese de Fratura do Pílão Tibial e Fíbula</i>					
PONTOS PREVIDÊNCIA SÍN					
06/07/2013					
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA					
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

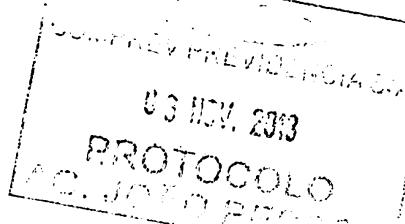
Nome JAISLON SABINO				CNS 162361727580005		Prontuário	
Data de Nascimento 12/10/1982	Idade 35A 4M 12D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe VALDECI MARIA DA CONCEICAO				Nome da Pai JORGE SABINO			
Endereço MATA VELHA				Bairro ZONA RURAL		Cep 58233000	
Município 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
Código de encaminhamento 00000000000000000000000000000000		
Resultado de exames complementares		

CID M79.6	Data de encaminhamento 24/02/2018 09:24:51	João Henrique Rondon Oftalmologista CRM 41.337 / TEOT 13274
--------------	---	---

Assinatura e carimbo do profissional

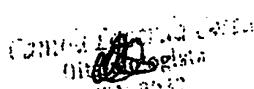


OFTALMOLOGIA : 18:00 - 24/02/18

obs: Paciente já recebeu alta no prontuário eletrônico.
Vítima de atropelamento, apresentando edema + equinose importante em palpebra superior. globo ocular íntegro:
Ectoscopia (avaliado na maca): conjuntiva calma, córnea transparente, pupila regular e fotoirreagente, C&R.
Verdes normais.

Nega BAV. AVL 5k cd.

Ed: Alta da oftalmos e orientações (compressas gelo
Retorno se notar Baixa da acuidade visual. das



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

HAS JDM JTB JHEP 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: _____

03 NOV. 2013

PROTÓCOLO

Hipóteses Diagnósticas: *Eructus pelo orelho*

Conduta: *Assessoreiamente*

Dr. Adilson D. Tiroco
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGA
CIRURGIA MAO E MICOLOCRURIA
CEP 58056-364

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>YAILSON LARINO</u>	Data da Admissão: <u>25/10/18</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 <u>7/1</u>		
QPD: <u>Existem Pilão Galvão D.</u>			
HDA: <u>Encaminhado de</u> <u>Existem com febre</u> <u>Pilão Galvão orientado.</u>			
Medicações em uso: _____	<i>Assinatura do paciente</i>		
Interrogatório Sintomatológico: <u>03 NOV. 2018</u>	<i>Assinatura do enfermeiro</i>		
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____	<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese		
<input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Pele: _____			
<u>Cabeca e Pescoco:</u> <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
<u>AR e ACV:</u> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
<u>ABD:</u> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Soluço <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melenas <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
<u>AGU:</u> <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Políuria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
<u>SME:</u> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposo <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
<u>SN e PSQ:</u> <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade _____ <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor			

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

BREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAC PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 105734 Atd: Nao Reg
Data: 24/02/2018
Hora: 23:28:44
Recepçionista: GIULIANA DE MENEZE
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

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação:

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: JAILSON SABINO

Tel/Doc. Responsavel: 0 / CARTAO SUS: 162361727580005
Procedencia: HOSPITAL DE TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia 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

Queixa Principal

[] Vomito

PACT AO

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Exanuntio de humor, mem
Nervos des arres de remera, febre
CD: fieberoso + sudorese

Diagnostico

| Conduta

Prescriçao

| Horario da medicacao

06 NOV 2013

DR. JOSEPH D. TIROCO
ORTOPEDICO
CONSULTA DE TRAUMATOLOGIA
QUADRIMESTRAL E MICROCONFERENCIAS

PROTÓCOLO

AB. JOAO PESSOA





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

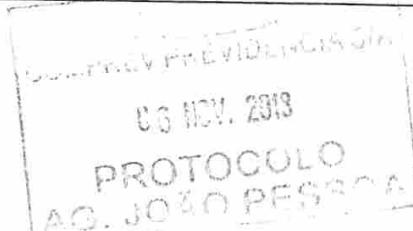
NOME Jailson Sabino				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 35 anos	SEXO Mas	COR	CLÍNICA Ortopedia	EINF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 24/02/2018		DATA DE ALTA 10/03/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA 14 dias	
DIAGNÓSTICO INCIAL Fratura do Pílão Tibial Direito CID S82.3					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea da tibia e fíbula distal					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					

ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/>					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) Paciente portador(a) de fratura do pílão 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.					
---	--	--	--	--	--

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i>					
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: <i>Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol), Pradaxa.</i>					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.					

10/03/18		DATA	Dr. Alexandre Galvão Ortopedia e Traumatologia CRM 9128 SET 9603
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO			







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 vitima de atropelamento por motocicleta sendo projetado a distancia levando a TCE, trauma de face, blefaroesfema 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 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.

03 NOV. 2013

PROTOCOLO

AG. 1049 871207



Obs: Equanto já saibamos acima, no protocolo de detalhamento, vistamos as etapas de elaboração, apresentação e discussão. Assim, podemos observar que a elaboração é a etapa que demanda maior tempo, seguida da apresentação e da discussão. A elaboração é dividida em quatro subetapas: planejamento, execução, avaliação e revisão. A apresentação é dividida em quatro subetapas: organização, estruturação, elaboração e avaliação. A discussão é dividida em quatro subetapas: organização, estruturação, elaboração e avaliação. A elaboração é dividida em quatro subetapas: planejamento, execução, avaliação e revisão. A apresentação é dividida em quatro subetapas: organização, estruturação, elaboração e avaliação. A discussão é dividida em quatro subetapas: organização, estruturação, elaboração e avaliação.

#0711100001A : 18:00 - 04/02/18

Assinatura e carimbo do profissional

Resultado de exames complementares	Unidades de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISO BURITI AP Endereço RUA AENOTE FISCAL JOSE COSTA DURANTE, S/N. MANAGEIRA PROSINDI, JOAO PESSOA - PB Módulo de exames complementares
Resultados de exames complementares	Unidades de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISO BURITI AP Endereço RUA AENOTE FISCAL JOSE COSTA DURANTE, S/N. MANAGEIRA PROSINDI, JOAO PESSOA - PB Módulo de exames complementares
Resultados de exames complementares	Unidades de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISO BURITI AP Endereço RUA AENOTE FISCAL JOSE COSTA DURANTE, S/N. MANAGEIRA PROSINDI, JOAO PESSOA - PB Módulo de exames complementares
Resultados de exames complementares	Unidades de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISO BURITI AP Endereço RUA AENOTE FISCAL JOSE COSTA DURANTE, S/N. MANAGEIRA PROSINDI, JOAO PESSOA - PB Módulo de exames complementares
Resultados de exames complementares	Unidades de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISO BURITI AP Endereço RUA AENOTE FISCAL JOSE COSTA DURANTE, S/N. MANAGEIRA PROSINDI, JOAO PESSOA - PB Módulo de exames complementares

Dados da unidade de aterragem Primaria

Dados do paciente

Guía de Encaminamiento Extremo

htch901

GOUVERNÖ
DA PARÁIBA

Georgian Cossacks of Chernigov and Tchernigov

• zur Vermeidung Brüderfeinds





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.

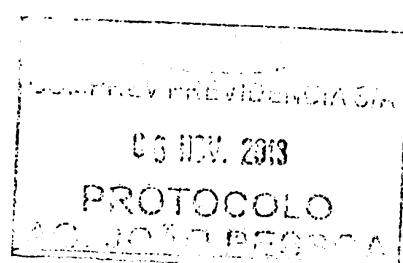
Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

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

Atendimento: 201831139241

Data Nasc: 12/10/1982 - 35 anos

Paciente: JAI SON SABINO

Data Exam: 23/02/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

Técnica:

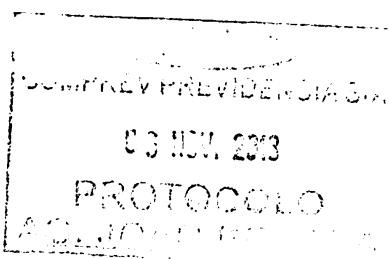
Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

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.**

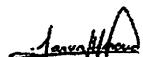
Nota: Estudo tomográfico não direcionado para avaliação de hérnias ou protrusões discais.

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 DE SEIOS DA FACE

Técnica

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

Análise

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**



Brasília, 23 de Fevereiro de 2018
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 23/02/2018 23:27
Usuário: EDUARDO JORGE
Bolema: 1064774

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Matrícula
Senhia

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

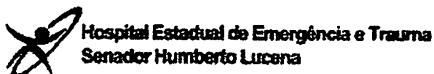
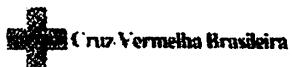
23 de Fevereiro de 2018

EDUARDO JORGE DORE SOARES

CRM:

Assinatura e Carimbo do Profissional

23/02/2018
PROTÓCOLO
C. J. J. S.



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

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

Anamnese

#Cirurgia Geral #

Paciente provindo de Araruna , vítima de atropelamento por moto , sendo projetado a distância levando a um TCE e truama 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, presenta 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 (MGTSIM)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO ✓

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA ✓

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA ✓

CURATIVO

HGT AGORA

06 NOV 2018

PROTÓCOLO

ACIDENTE PEGO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

RADIOGRAFIA DE Perna DIREITA

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

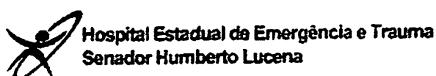
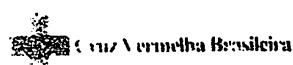
CID10

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

Descrição

[Handwritten Signature]





AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

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

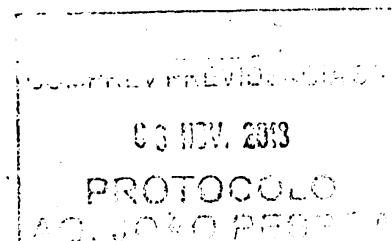
Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

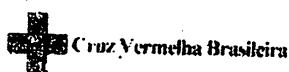
*Ricardo R. de Carvalho
Neurocirurgia
CR 6628*

JAILSON SABINO
RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(: 6628/PB)



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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

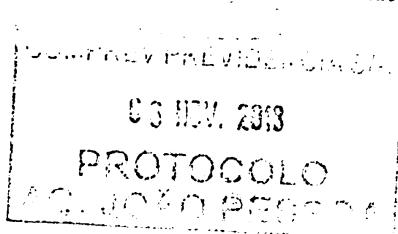
CNES: 445365

Paciente JAILSON SABINO	BAE 1064774	Data/Hora Entrada 23/02/2018 23:14:09	Data Baixa
Data de nascimento 12/10/1982	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 162361727580005
M8e VALDECI MARIA DA CONCEICAO			
Endereço MATA VELHA, S/N	Bairro ZONA RURAL	Município ARARUNA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional ROBERTO ANTONIO DOS SANTOS	Nº Cons. Regional 1590/PB
Data/Hora Classificação 23/02/2018 23:14:09		Data/Hora Prescrição 24/02/2018 03:07:50	
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha	
Anamnese paciente vítima 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 <i>9 ale ferre de hjo sr te</i>			

JAILSON SABINO

ROBERTO ANTONIO DOS SANTOS
(: 1590/PB)

Dr. Roberto A. Santos
Ortop - Traumatologia
CRM-PB 1590

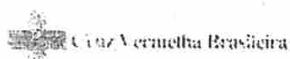


Boletim registrado por: THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 23/02/2018 23:14:50



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. 37



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

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

CD

1 - Alta da BMF

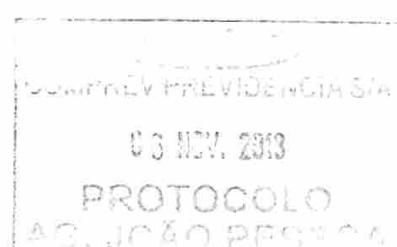
2 - Parecer da Oftalmologia.

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

JAILSON SABINO

LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA
(: 4550/PB)



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



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. 38



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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

Boletim de Atendimento: 1084774



Identificação do paciente				
ID 1264390	Nome JAILSON SABINO			Sexo Masculino
Data de nascimento 12/10/1982	Idade 35 anos 4 meses 11 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe VALDECIMARIA 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 162381727660005		
Local de procedência ARARUNA			Tipo MUNICÍPIO	UF PB
Email	Naturalidade ARARUNA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58233000	Município de residência ARARUNA	UF PB	Logradouro MATA VELHA	
Número S/N	Complemento	Bairro ZONA RURAL		
Admissão				
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		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>Artralgia. Pouente dura entressa norte aux últimos 3 dias por duração de 15min a 1 hora. Sintoma menor de imunoglob. comumente ou com frequência, acompanhado de febre.</i>				
Diagnóstico				CID
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO				Tempo 41seg

Imprimir

03 NOV. 2013

PROTÓCOLO





**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 subscritor 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 3^a 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



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 06/05/2020 17:20:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050617201261200000029242217>
Número do documento: 20050617201261200000029242217

Num. 30439132 - Pág. 1

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *gauison sobrino*
Doc. Nasc. *anorim* Est. *P.b.* Data *12/10/32*
Filiação *rose sobrino*
Doc. N° *RG 2.910.538.16*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. N°

Exp. em / / Estado

Obs.

Data Emissão *06/10/01*

DRT

Moseliarva
Assinatura do Funcionário

Mat. 78.421-4



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

Nome
.....
.....



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 eletricista, 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 reflita 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.

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

Conheça o manejo 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 00096 Pb



ASSINATURA DO PORTADOR



REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

Registrado em / / como

Nº..... Liv..... Es..... Ds..... sob

BRT.....
Ass 4 E.....

Ass. do Funcionário

Registrado em / / como

Nº..... Liv..... Fls..... Data..... sob

DRT Ass. do Funcionário

Registrado em / / como
Liv., Fls. Data
Ass. do Funcionário

Registrado em / / como
sob
J.W. Fls. Data
Ass. do Funcionário

DEPENDENTES



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador	.....
CNPJ/MF	.....
Rua	..... Nº
Município	..... Est.
Esp. do estabelecimento	.....
Cargo	.....
	CBO
Data admissão	..... de
Registro nº	..... Fls./Ficha
Remuneração especificada	.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.	.....
1º	..... 2º
Data saída	..... 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
Data admissão	..... de
Registro nº	..... Fls./Ficha
Remuneração especificada	.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.	.....
1º	..... 2º
Data saída	..... de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.	.....
1º	..... 2º
Com. Dispensa CD Nº	.....

CONTRATO DE TRABAJO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



P 919



RODRIGO DANTAS



NAO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita 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



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 06/05/2020 17:20:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050617201308600000029242219>
Número do documento: 20050617201308600000029242219

Num. 30439135 - Pág. 6

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2910536
DATA DE EXPEDIÇÃO	
27 JUL 2001	
NOME JAILSON SABINO	
PILARÇÃO Jorge Sabino	
Valdeci Maria da Conceição	
Araruna-PB NATURALIDADE	12.10.1982 DATA DE NASCIMENTO
Cert. Nasc. 8.468, fls. 23, liv. A-9. DOC. ORIGEM	
CPF	
João Pessoa - PB	
<i>Monteiro</i>	
LEI N° 7.118 DE 29/08/1983 M. SET F DE IDENTIFICAÇÃO ABACAYA	

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



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

CPF/CNPJ/RANI: 033.862.834-45

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligacao: MONOFÁSICO
Roteiro: 13 - B2 - 183 - 2080 N° Medidor: 00008807338



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

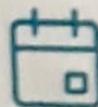
5/1549469-3

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00015494693



VALOR DA FATURA

R\$ 43,83



VENCIMENTO

29/04/2020



REFERÊNCIA

Abr / 2020



CONSUMO

1,64 kWh
MÉDIA DIÁRIA

54kWh

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

Digitado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 06/05/2020 17:20:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050617201308600000029242219>
Número do documento: 20050617201308600000029242219

Num. 30439135 - Pág. 8

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, homônima ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado 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 2090,
nesta cidade de ARARUNA 1PB, a pessoa de:

Nome: JAILSON SABINO

Conhecido(a) por: JAILSON

R.G. n.º: 9910536 Órgão: SSP / PB Expedição: 27/07/2001
(Expedidor/UF) (Dia/mês/ano)

C.P.F. n.º: 067.309.894-14 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
(Solteiro, casado ou união estável)

Nacionalidade: BRASILEIRO (País) Naturalidade: ARARUNA 1PB
(Cidade/UF)

DATA DE NASCIMENTO: 19/10/1982 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 1PB
(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. 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% x 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, retorno 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.

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: [Segundo]
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



Assinado eletronicamente por: ANA CRISTINA PESSOA DINIZ - 12/06/2020 19:44:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061219445896600000030231223>
Número do documento: 20061219445896600000030231223

Num. 31520881 - Pág. 1



**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 iudicium*, habilitando o patrono a representar a parte, bem como dos documentos indispensáveis à proposta 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 3^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA - PB

Processo n° 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.

Hérica Coeli

OAB/PB 18.925



Assinado eletronicamente por: MARTINHO CUNHA MELO FILHO - 13/07/2020 09:16:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071309164108300000030916205>
Número do documento: 20071309164108300000030916205

Num. 32264643 - Pág. 1

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Jailson Sábino, brasileiro, solteiro, agricultor, CPF: 067.302.894-14, residente e domiciliado no Sítio Bernardo, Rua Projeta, S/N, Morada da Serra, Areia Branca / 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, Leinº 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: 3.920.529
CPF: 131.677.574-77

Testemunha 2

Nome: ROSA LVA FIGUEIREDO DOS SANTOS
RG: 3040481
CPF: 084.333.584-05

Digitalizado com CamScanner





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 nº 067.302.894-14, RG nº 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 nº 2511611-SSP/PB, CPF nº 037.201.024-59, residente na Rua José Felipe Neri, 50, na cidade de Araruna/PB, a quem confere poderes para juntar a qualquer SEGURADORA, requerer Seguro Obrigatório DPVAT em do outorgante vitima 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 nº 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 nº 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, data 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 data 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



Assinado eletronicamente por: MARTINHO CUNHA MELO FILHO - 13/07/2020 09:16:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071309164326000000030916507>
Número do documento: 20071309164326000000030916507

Num. 32264998 - Pág. 2

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

Processo n° 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 guia de custa, conforme requerida no despacho retro.

Nestes termos,

Pede deferimento.

João Pessoa, 30 de julho de 2020.

Hérica Coeli

OAB/PB 18.925



Assinado eletronicamente por: MARTINHO CUNHA MELO FILHO - 30/07/2020 10:38:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073010385473400000031397543>
Número do documento: 20073010385473400000031397543

Num. 32787961 - Pág. 1

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

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

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



Assinado eletronicamente por: SILVANA CARVALHO SOARES - 05/08/2020 20:40:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080520403707800000031530604>
Número do documento: 20080520403707800000031530604

Num. 32933093 - Pág. 1

**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

N o m e : 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 ACESSSE 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?x=20080617115709700000031585875](https://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080617115709700000031585875)
Número do documento: 20080617115709700000031585875

Num. 32992372 - Pág. 1

CERTIDÃO

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

AMÁLIA HELENA MALHEIROS RIBEIRO

MAT.:474.807-7



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=20082119505940300000032052118>
Número do documento: 20082119505940300000032052118

Num. 33492469 - Pág. 1

20/08/2020

• Tribunal de Justiça da Paraíba



Poder Judicário 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 CVEL (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 3º 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 cliente 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.tjpj.pj.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.tjpj.pj.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: 32992372



20080617115709700000031585875

[imprimir](#)

Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A
CNPJ: 61.074.175/0082-01
Av. Pres. Epitácio Pessoa, 723
1º. dos Estados - CEP: 58030-000
JOÃO PESSOA-PB

Edmara Louiza

21/08/2020

14:19

https://pje.tjpj.pj.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.tjpj.pj.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082119510029600000032052119>

Número do documento: 20082119510029600000032052119

Num. 33492470 - Pág. 1